

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Université de Montpellier
Professeur Vallois

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE
ET
ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
PROVOQUÉ

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER

DU 1^{er} JANVIER 1906 AU 13 JUIN 1913

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1913

PAR

Joseph MADON

Né à Avignon, le 17 février 1884

EXTERNE DES HOPITAUX (Concours 1906)

INTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE MONTPELLIER (Concours 1909)

PRÉPARATEUR A L'INSTITUT BOUISSON BERTRAND (Institut Pasteur)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Prix Swiecicki 1912)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof.-adj.		
		LAGRIFFOUL, agrégé.		
		P. DELMAS, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

ET

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER

DU 1^{er} JANVIER 1906 AU 15 JUIN 1913

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Université de Montpellier
Professeur Vallois

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE
ET
ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
PROVOQUÉ

A LA CLINIQUE OBSTETRICALE DE MONTPELLIER

DU 1^{er} JANVIER 1906 AU 15 JUIN 1913

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1913]

PAR

Joseph MADON

Né à Avignon, le 17 février 1884,

EXTERNE DES HOPITAUX (Concours 1906)

INTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE MONTPELLIER (Concours 1909)

PRÉPARATEUR A L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND (Institut Pasteur)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Prix Swieciecki 1912)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

VALLOIS, professeur, *Président.*

DE ROUVILLE, prof.-adj.

LAGRIFFOUL, agrégé.

P. DELMAS, agrégé.

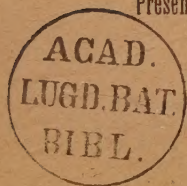
Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdansor.

1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESSEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O *).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GLIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT, HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE(ch, des f)

Examineurs de la thèse :

MM. VALLOIS, professeur, <i>président</i> .	MM. LAGRIFFOUL, <i>agrégé</i> .
DE ROUVILLE, professeur-adj.	P. DELMAS, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

M. A. MADON

SOUS-INTENDANT MILITAIRE DE 1^{re} CLASSE EN RETRAITE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MA MÈRE

*Les mots ne peuvent lui exprimer
toute l'affection dont mon
cœur déborde.*

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON MEILLEUR AMI

LE DOCTEUR J. ALBARET

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

MEIS ET AMICIS

J. MADON.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MÉDECIN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

PRÉSIDENT DE MON JURY DE THÈSE

Hommage de respectueuse reconnaissance

J. MADON.

A MON JURY DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR-ADJOINT DE ROUVILLE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

• CHEF DE SERVICE A L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND
MON MAÎTRE AU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DELMAS

J. MADON.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES CONFÉRENCES D'EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL (ALGER)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUVIÈRE (PARIS)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A MES MAITRES DES CONFÉRENCES D'INTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DELMAS

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir, en soutenant notre thèse, le dernier acte de notre scolarité, c'est pour nous un devoir particulièrement agréable que d'exprimer notre respectueuse gratitude à nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Montpellier.

L'expression de notre reconnaissance va tout particulièrement à notre maître M. le professeur Vallois. Nous avons pu, durant notre long séjour à la Clinique obstétricale, apprécier la précision de son enseignement si clair et si minutieux, jointe à la rare droiture de son caractère. Nous avons reçu de lui des exemples qui laisseront en nous une empreinte profonde. Il a mis le comble à sa bienveillance en nous inspirant le sujet de ce travail, nous livrant des matériaux cliniques dont nous apprécions toute la valeur. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre très respectueux attachement.

Nous prions également M. le professeur-adjoint de Rouville de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'enseignement et les conseils qu'il nous a prodigués durant notre internat dans son service.

M. le professeur agrégé Lagriffoul nous a reçu dans son laboratoire avec une bienveillance dont nous ne

pourrons jamais lui exprimer toute notre gratitude, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Durant les vacances dernières nous avons pu apprécier l'enseignement si captivant de M. le professeur agrégé P. Delmas, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Tous ces maîtres nous ont donné en acceptant de siéger dans notre jury de Thèse une marque d'estime dont nous ne saurions assez leur exprimer notre reconnaissance.

Ce n'est pas sans une sincère émotion que nous nous reportons vers les années fécondes de notre internat ; successivement admis dans les services de MM. les professeurs Baumel, Estor, Carrieu, de MM. le médecin-principal Vedel et le médecin-major Papon, dont nous avons hélas ! à déplorer la fin prématurée, de MM. les professeurs Rauzier, de Rouville, Vallois, de M. le médecin-principal Ricoux, nous les prions tous de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

Parmi nos souvenirs d'internat, notre séjour à la maternité restera comme l'un des plus agréables, nous le devons en grande partie à la sympathie affectueuse que nous a toujours témoignée Mlle J. Bazin, sage-femme en chef ; ses conseils et son expérience nous ont été d'un précieux secours. Nous la prions de vouloir bien agréer, avec nos hommages les plus respectueux, l'expression de notre profonde reconnaissance.

OPERATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

ET

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER

DU 1^{er} JANVIER 1906 AU 15 JUIN 1913

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons n'est pas plus de faire un plaidoyer que de prononcer un réquisitoire, nous nous bornons à exposer des faits, laissant à chacun le soin de les juger et d'en tirer tel enseignement qu'il lui conviendra.

M. le professeur Vallois a bien voulu nous autoriser à recueillir les observations d'accouchements prématurés provoqués et d'opérations césariennes qu'il a pratiqués depuis qu'il occupe la chaire de Clinique obstétricale de Montpellier, elles sont assez éloquentes en elles-mêmes, et tout ce que nous avons cru devoir y ajouter, ce sont quelques indications destinées à en faciliter la lecture.

Ce serait un travail fastidieux et s'exposer à des redites que de reprendre toutes les polémiques et tous les débats ouverts autour de l'accouchement prématuré et de l'opération césarienne.

Ces deux interventions semblaient, il y a peu de temps encore, avoir des indications nettement définies, et, en fait, les indications de l'une finissaient au point où commençaient les indications de l'autre.

Aujourd'hui, si les deux interventions conservent encore des indications nettement déterminées, nous montrerons qu'il est par contre des points où elles voisinent, à telle enseigne que, seule, l'appréciation de l'accoucheur tirée de l'observation des circonstances peut faire pencher la balance en faveur de l'une ou de l'autre.

Le but recherché par des voies différentes, est d'obtenir des enfants vivants et viables, en faisant courir le minimum de risques à la mère. Longtemps, la section césarienne a pu, à juste titre, être considérée comme une intervention dangereuse pour la mère, puisqu'il faut remonter à 1786 pour trouver une césarienne suivie de succès à Paris, et que en 1866 Guéniot attribuait encore une mortalité de 60 0/0 à cette intervention ; on comprend dès lors l'éloignement que lui témoignaient les accoucheurs, disposés à accueillir l'accouchement provoqué prématuré, mis en honneur en France par Stolz, de Strasbourg, 1831, et par la thèse de son élève Burckard, 1830.

Nous montrerons par ailleurs comment l'accouchement provoqué qui venait à peine de conquérir, combien péniblement, droit de cité en France, et qui semblait, entre les mains de Tarnier et ses élèves, réaliser la thérapeutique idéale de la dystocie par viciation pelvienne, fut rapidement battu en brèche à la suite des succès obtenus

en Allemagne (Kehrer, Sænger, Léopold), par M. Pinard et M. Bar.

Ce dernier, après avoir restreint considérablement les indications de l'accouchement prématuré dans ses leçons de pathologie obstétricale, 1900, constate, dans une leçon clinique professée en 1911 et intitulée : « Doit-on conserver l'accouchement prématuré, provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci », que la tendance actuelle des accoucheurs les éloigne de plus en plus de cette intervention.

Tout en reconnaissant, et les observations de M. Vallois en sont la plus belle démonstration, l'excellence des résultats et la sécurité presque absolue de la section césarienne, nous sommes loin de nous montrer adversaires résolus de l'accouchement provoqué. Les indications de cette dernière opération doivent être posées avec un soin minutieux, et à cette condition nous pensons que ce procédé doit rester et tenir une place honorable dans le traitement de la dystocie par viciation pelvienne. Nous sommes d'ailleurs d'accord en cela avec les travaux les plus récents. (Desnouses, thèse de Paris, 1911. « Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci. » Bonnet, thèse de Montpellier, 1912, sur le même sujet).

Nous avons conçu notre travail de la façon suivante : Dans une première partie nous exposons successivement les indications et la technique des deux interventions que nous envisageons.

Il va sans dire que, dans les quatre chapitres que nous consacrons successivement aux indications et à la technique de l'accouchement prématuré provoqué et de l'opération césarienne conservatrice, nous avons surtout eu en vue, d'une part, les indications qui ont décidé les

interventions rapportées dans nos observations et, d'autre part, la conduite qui a été suivie à la clinique dans ces mêmes cas.

La seconde partie de ce travail est consacrée aux observations d'accouchements prématurés provoqués et d'opérations césariennes pratiqués à la clinique obstétricale de Montpellier du 1^{er} janvier 1906 au 15 juin 1913.

Ces observations seront suivies des quelques considérations qui nous ont été suggérées par l'ensemble des faits relatés.

I

INDICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

Le but que se propose l'accoucheur en interrompant la grossesse avant son terme normal, est d'obtenir un enfant vivant et viable, capable de s'élever sans être une non-valeur au point de vue social, mais dont l'extrémité céphalique soit susceptible de s'accommoder au degré de la viciation pelvienne.

Il convient donc, avant toute intervention, de posséder des données précises sur ces trois points absolument capitaux :

Dimensions du bassin ;

Age de la grossesse ;

Dimensions de la tête fœtale.

*
* *

Sans vouloir faire ici l'historique de l'accouchement prématuré provoqué, nous croyons cependant devoir en esquisser les grandes étapes ; nous emprunterons ces documents à l'excellente thèse de Desnoues. (Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci. Paris, 1911.)

Cette intervention relativement récente est d'origine anglaise (1756) (Merrimann, Marshall, Clarke, Ramsboottam, Burns, Charpentier, *Traité des accouchements*).

La nouvelle opération se répandit assez rapidement en Allemagne.

En France, par contre, le moment était mal choisi pour répandre ce nouveau mode de traitement de la dystocie par viciation pelvienne.

La symphyséotomie venait d'entrer dans la pratique sous l'influence du succès de Sigault (1772), et toute l'attention des accoucheurs français était fixée sur la lutte ardente que se livraient Symphysiens et Césariens. En 1781, Baudelocque, partisan résolu de la césarienne, dans son *Traité de l'art des accouchements* (t. II, p. 390), condamne formellement l'accouchement prématuré.

L'accouchement prématuré se heurtait, en outre, à des idées morales et religieuses, qui le firent plusieurs fois condamner par l'Académie de médecine ; à une question de Costa (1827), demandant s'il n'y aurait pas lieu d'interrompre la grossesse chaque fois que la vie de la mère ou de l'enfant était menacée, à supposer que l'enfant soit viable, la commission nommée répond en considérant la question comme inconvenante, et se déclare nettement contre l'accouchement prématuré, malgré l'opinion de Fodéré. (*Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, t. II et IV, 1813.)

C'est à J.-A. Stolz, de Strasbourg, que revient le mérite d'avoir pratiqué le premier (1831) l'accouchement prématuré avec succès en France, le relevant ainsi d'une condamnation qui semblait définitive.

Stolz avait d'ailleurs, l'année précédente (1830), inspiré la thèse de son élève Burckard, qui relatait les succès obtenus en Allemagne particulièrement par Reissinger.

En 1834, Paul Dubois se montra partisan de l'accouchement prématuré provoqué. (Concours pour la chaire de clinique obstétricale : Dans les différents cas de viciation pelvienne que convient-il de faire ?)

Enfin, en 1835, Stolz publiait, à Strasbourg, un travail intitulé : « Mémoire et observation sur la provocation de l'accouchement prématuré dans le cas de rétrécissement du bassin. »

Avec Tarnier et ses élèves, l'accouchement prématuré provoqué atteint son apogée ; Pinard étudie le bassin rétréci ; Labat, Budin, Ribemont, la tête fœtale ; Berthod et Auvard s'occupent du gavage et de la couveuse, et il semblait vraiment alors que l'on était en possession du traitement idéal de la dystocie pelvienne.

Mais, rapidement, une réaction se produit, et, pour ne suivre le mouvement qu'en France, nous voyons, M. Bar pratiquer en 1885 (à la suite d'un voyage à Leipzig où il avait vu opérer Sœnger), la première opération césarienne conservatrice suivie de succès à Paris depuis celle pratiquée, en 1787, par Lauverjat. Par une série de publications, M. Bar se montre ultérieurement partisan de l'opération césarienne.

M. Pinard, d'autre part, qui, converti par Spinelli assistant de Morisani, venait avec Farabeuf et Varnier, de rénover la symphyséotomie, dans une leçon clinique publiée dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (1891, t. XXV), sans se montrer encore l'adversaire résolu de cette intervention, en limite considérablement les indications.

Il la condamne ensuite formellement au Congrès de Rome 1894 et, en 1896, il faisait inscrire sur les murs de l'amphithéâtre de Baudelocque des aphorismes singulièrement significatifs, tels que : « le nouveau-né a d'autant

plus de chances de devenir un être sain, vigoureux et intelligent, qu'il est né à terme ».

« Le devoir de la Société est de faire naître des enfants à terme ».

« L'accouchement prématuré artificiel, outre qu'il tue plus de trente enfants sur cent, ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne présentant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine et pour la plupart candidats désignés aux maladies et aux infirmités ».

En 1900, M. Bar publie le premier tome de ses leçons de pathologie obstétricale et préconise l'opération césarienne tout en réservant encore les indications de l'accouchement provoqué prématuré.

Dix ans après, M. Bar donnait comme titre à l'une de ses leçons cliniques : « Doit-on conserver l'accouchement provoqué prématuré dans le traitement de la dystocie par viciation pelvienne », et, sans condamner formellement l'accouchement provoqué, se montrait de plus en plus partisan de l'opération césarienne.

*
* *

Pour ne pas fragmenter cette étude, nous indiquerons, à propos des indications de l'opération césarienne, quel est le véritable terrain sur lequel doit se placer l'accoucheur quand il veut pratiquer soit la section césarienne, soit l'accouchement prématuré. Disons cependant que l'accouchement prématuré ne doit pas être pratiqué pour des bassins dont le diamètre utile est inférieur à 8 cm. Entre 8 cm. et 8^{cm5}, la conduite de l'accoucheur doit s'inspirer des circonstances, et il est difficile de poser une règle stricte. Au-dessus de 8^{cm5}, à moins d'indications

spéciales, l'accouchement prématuré provoqué conserve toutes ses indications et nous semble parfaitement légitime.

En l'état actuel de la question, les indications de l'accouchement prématuré doivent être posées avec un soin tout particulier, sous peine de s'exposer aux pires mécomptes.

La première donnée sur laquelle il convient tout d'abord de se renseigner, est le degré exact de la viciation pelvienne. La seule dimension dont l'accoucheur puisse prendre une mensuration précise, est le diamètre promonto-sous-pubien, et c'est de sa valeur que se déduit la valeur du diamètre utile ; (nous renvoyons aux traités d'obstétrique pour les considérations touchant son mode de mensuration, et le chiffre que l'on doit retrancher du promonto-sous-pubien suivant la hauteur, l'épaisseur et l'inclinaison de la symphyse). Il est d'usage courant de considérer que le diamètre utile est en moyenne égal au promonto-sous-pubien diminué de 1^{cm}5, c'est cette façon de procéder qui a été employée dans les observations que nous rapportons.

Dans toutes ces observations, la grossesse n'a jamais été interrompue chez une femme présentant un diamètre utile inférieur à 8 cm.

C'est assez dire que, si nous nous en tenons aux chiffres donnés par P. Dubois, qui, à la suite de mensurations nombreuses, a fixé ainsi la valeur moyenne du diamètre bipariétal dans les derniers temps de la grossesse :

à 7 mois	7 centimètres
à 8 mois	8 —
à 8 mois 1/2	8 1/2

le principe suivi à la Clinique a été de ne pas interrompre la grossesse avant 8 mois.

Nous n'envisageons ici que le rétrécissement le plus commun, celui qui porte sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Mais il faut tenir compte aussi des rétrécissements intéressant les autres diamètres du détroit supérieur : obliques et transverse (examen de l'arc antérieur) et des données fournies par l'étendue du rétrécissement en hauteur (bassins annelés et canaliculés).

Le degré de la viciation connu, et c'est la seule donnée du problème qui puisse toujours être fixée de façon exacte, l'accoucheur doit se préoccuper de se renseigner sur l'âge de la grossesse afin d'être à même d'intervenir en temps utile.

Le moyen ordinairement employé, ajouter 5 ou 10 jours à la date donnée comme derniers jours des dernières règles, donne, dans la majorité des cas, une approximation suffisante. Il est cependant permis de remarquer combien ce procédé, le seul dont nous disposons, manque de précision, puisque nous ne pouvons pas déterminer le seul point qui importerait : la date de la fécondation.

Malheureusement, et on le verra en parcourant les observations que nous rapportons, la date des dernières règles, fournie par des femmes venant à la Clinique pour avoir un enfant vivant, et dont la bonne foi ne peut être mise en doute, se trouve fréquemment erronée.

Quelques femmes hésitent à un mois près, d'autres enfin ne peuvent fournir aucune précision sur ce point capital. La mensuration de la hauteur utérine et du diamètre de l'abdomen ne donne qu'une approximation trop vague pour permettre un diagnostic précis. Nous avons d'ailleurs constaté la fréquence de l'hydramnios chez les femmes à bassin rétréci, et, d'autre part, du fait du

non engagement de la tête vers la fin de la grossesse, le fond de l'utérus se trouve plus élevé.

La troisième donnée, dimension de la tête fœtale, déduite en général de l'âge de la grossesse, d'après le tableau de Paul Dubois, a été cependant l'objet de recherches plus précises. Il suffit, en effet, de se reporter à nos observations, pour se rendre compte que pour un même âge de la grossesse, les dimensions du diamètre bipariétal varient dans des proportions sensibles. Et, si l'on ne tenait d'ailleurs compte que des variations ethniques, négligeant les variations individuelles, très réelles cependant, on verrait que les dimensions de l'ovoïde fœtal varient suivant les régions, et que les chiffres obtenus à la Clinique de Montpellier diffèrent de ceux donnés par les auteurs classiques.

Enfin, il est de toute importance si les précisions manquent sur l'âge de la grossesse, de savoir à quel moment la tête fœtale aura acquis les dimensions maxima compatibles avec les dimensions du bassin. Inutile d'ajouter que ces recherches ne sont possibles qu'autant que la tête est au-dessus du détroit supérieur.

La méthode la plus simple est celle qui consiste à se rendre compte par le palper de la possibilité d'engagement de la tête ; introduite dans la pratique par P. Müller, elle a reçu de Pinard le nom de palper mensurateur. La tête saisie entre les deux mains de l'observateur, on essaie, par des pressions extérieures, d'effectuer l'engagement, la méthode est excellente dans certains cas, mais il ne faudrait pas conclure, de ce que l'engagement est impossible par ce procédé, à l'impossibilité de l'engagement spontané ; car, les divers temps si complexes du mécanisme de l'engagement de la tête dans un bassin rétréci ne

sauraient être fidèlement reproduits par la main de l'accoucheur.

Nous pensons, d'autre part, qu'il ne faut pas tenir grand compte du fait qu'au cours de ces manœuvres la tête déborde plus ou moins la symphyse ; nous avons vu à plusieurs reprises, dans des cas où la tête avait débordé nettement la symphyse, l'engagement se faire spontanément au cours du travail, en particulier dans les bassins à forte antéverson.

On peut aussi, et ce procédé nous paraît préférable, associer le toucher et le palper, cette méthode permet de prendre une impression des rapports de la tête et de l'angustie pelvienne et de se rendre compte avec une certitude relative de la possibilité de l'engagement (elle n'a jamais été négligée à la Clinique de Montpellier).

Nous devons citer aussi la méthode plus directe de Perret (Thèse de Paris, 1883 et Perret : céphalomètre permettant la mensuration de la tête au-dessus du détroit supérieur. Société d'obstétrique de Paris, Tome I, 1898).

Ce procédé, à condition d'être utilisé par des mains expérimentées, donne de bons résultats ; à plusieurs reprises, on peut le voir dans nos observations il a donné une approximation très suffisante. Il est cependant, comme tous les procédés destinés à mesurer la tête à travers la paroi, sujet à des causes d'erreur.

En résumé, nous estimons qu'en dehors de la date bien observée des dernières règles, rien ne permet à l'accoucheur de fixer l'époque où il doit interrompre la grossesse.

Une considération dont on ne peut pas ne pas tenir compte dans les cas limites est la volonté ferme de la femme qui désire avant tout un enfant vivant.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans faire une place à d'autres considérations para-obstétricales ; pourrions-nous dire, qui peuvent solliciter l'accoucheur en faveur de l'accouchement prématuré provoqué (bien entendu dans les limites que nous avons indiquées).

L'accouchement provoqué a d'abord pour lui sa technique et son instrumentation relativement simples ; son évolution, d'autre part, ressemble en tous points à celle de l'accouchement normal et n'expose pas la femme à plus de dangers que ce dernier.

Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'on ne doit pas tenter une section césarienne en dehors de certaines conditions de milieu, d'assistance et surtout d'asepsie.

Car, comme l'a dit M. Bar, elle exige de ceux qui l'entreprennent une certaine habitude des laparotomies, et, pour être pratiquée avec succès, elle nécessite une application des plus minutieuses de l'asepsie. « La plus petite faute, dit cet auteur, peut causer non seulement des complications dangereuses, mais la mort ».

II

INDICATIONS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Bien que de date ancienne (nous ne remonterons ici ni à la *lex regia*, pas plus qu'au cas du châtreur de porc J. Nüfer qui passe pour avoir le premier, en 1500, pratiqué l'opération césarienne avec succès sur sa propre femme vivante), la section césarienne n'est entrée que récemment dans la pratique obstétricale courante (Kehrer, Sænger, 1882; Léopold, 1882; M. Bar, 1885).

* * *

Pendant toute la longue période qui s'étend de 1787 jusqu'à la rénovation de la césarienne par les accoucheurs allemands, nous ne pouvons citer que les succès de Stolz à Strasbourg qui, sur six opérations, réussissait à sauver quatre mères et six enfants, et à Paris, le cas de Tarnier, qui pouvait écrire « qu'il était reconnaissant à l'opération de Porro d'avoir donné entre ses mains, le premier succès qu'on ait observé à Paris depuis 1787 (c'est-à-dire depuis près d'un siècle) à la suite de l'opération césarienne.

La section césarienne était donc toujours employée par les accoucheurs, mais elle donnait des résultats à ce point défavorables (Guéniot 1866, 60 0/0 de mortalité) que ces derniers en étaient arrivés, au début du XIX^e siècle, à ne la

pratiquer qu'en désespoir de cause, dans les cas où il était avéré que le fœtus, même mutilé ne pouvait être extrait par les voies génitales de la femme.

C'est assez dire que, dans ces conditions, le produit de conception était délibérément sacrifié chaque fois qu'il était possible de lui faire franchir le bassin par la voie basse, et que seule la vie de la mère entraînait en ligne de compte.

Cette façon de voir se justifiait pleinement à une époque où la césarienne était à juste titre considérée comme la plus grave des interventions et où les succès particulièrement rares encourageaient la recherche de procédés moins dangereux pour la mère.

Les conquêtes réalisées dans le domaine de l'asepsie, jointes aux progrès de la technique (sutures de l'utérus, affrontement soigné de la séreuse péritonéale), ont progressivement modifié non seulement les résultats de l'opération, mais encore la façon de voir des accoucheurs.

L'accouchement prématuré provoqué, après avoir péniblement conquis droit de cité dans la thérapeutique des bassins viciés, ne tarda pas à être fortement battu en brèche par des hommes éminents ; soit d'une façon absolue et définitive (Pinard), soit par des restrictions de plus en plus formelles à ses indications. (Bar. Leçons de pathologie obstétricale 1900. Leçon clinique 1910).

*
* *

Et de fait, au fur et à mesure que l'opération césarienne se révélait comme aussi peu dangereuse que la moyenne des interventions chirurgicales, le désir de sauvegarder la viabilité de l'enfant engageait de plus en plus les ac-

coucheurs à prolonger la grossesse jusqu'à son terme normal.

D'ailleurs, l'avantage de n'opérer qu'à terme n'est pas seulement de se mettre à l'abri de toutes les chances d'erreurs que nous aurons à envisager, touchant l'âge de la grossesse, mais encore, et c'est un avantage considérable, de permettre à l'enfant de prolonger le plus longtemps possible sa vie intra-utérine, de là, la façon d'agir préconisée par M. Pinard, n'opérer qu'après l'apparition des phénomènes du travail.

Il est, en effet, un fait qui paraît nettement acquis. Sans nier les progrès et les résultats réalisés dans l'élevage des prématurés ; un enfant aura d'autant plus de chances de s'élever, qu'il aura profité plus longtemps des avantages de la vie intra-utérine, et, toutes choses égales, un enfant né à terme même inférieur en poids, aura plus de chance de vivre qu'un prématuré en apparence plus développé que lui.

On voit par là quel est le poids des arguments qui militent en faveur de l'opération césarienne et combien légitime est l'ambition de ceux qui ont tendance à en élargir les indications.

*
* *

Nous ne nous proposons pas ici de traiter de façon complète et didactique les indications de l'opération césarienne conservatrice.

Nous nous bornerons à préciser quelles sont les considérations qui, en l'état actuel des idées et dans les cas particuliers que nous envisagerons, ont fait pencher la balance en faveur de la section césarienne.

Nous nous dégagerons immédiatement de la division classique, en indications absolues et indications relatives. (Dolshausen, Congrès de Moscou, 1897).

Il va de soi que les indications dites absolues gardent toute leur valeur.

L'opinion professée par M. Bar est que la grossesse ne doit pas être interrompue dans un bassin mesurant moins de 8 centimètres de diamètre utile. Ce chiffre d'ailleurs ne s'appliquerait qu'aux bassins où le rétrécissement prédominerait dans le sens antéro-postérieur, aux bassins plats, par conséquent. Dans les bassins généralement rétrécis, l'accouchement prématuré ne devrait être pratiqué qu'au dessus de 8 cent. 5. Les cas litigieux sont donc ceux compris entre ces deux chiffres, 8 centimètres et 8 cent. 5. Tous les bassins peuvent en effet être ramenés aux deux types envisagés : bassins plats et bassins généralement rétrécis, il y a entre ces types de nombreux intermédiaires, il y a donc pour l'accoucheur une décision à prendre dont on saisit l'importance et qui dépend des diverses données qu'il pourra avoir recueillies par l'examen et l'interrogatoire de la femme (examen pelvien, étude des accouchements antérieurs, etc... P. Dubois était d'avis, à propos de l'accouchement prématuré, qu'il fallait attendre, avant d'agir, l'expérience de deux couches malheureuses).

Au-dessus de 8 cent. 5, les résultats de l'accouchement prématuré provoqué sont assez favorables pour qu'en dehors de conditions tout-à-fait exceptionnelles, cette intervention soit considérée comme la méthode de choix.

Quelles sont maintenant les considérations qui doivent entraîner la décision de l'accoucheur dans les cas que nous venons d'envisager ?

Une considération dont on ne peut pas ne pas tenir

compte dans les cas limites, est la volonté ferme de la femme qui désire avant tout un enfant vivant.

Il est des indications qui viennent solliciter l'accoucheur et l'engager à ne tenter aucune intervention avant le terme de la grossesse.

La première et non la moins importante est l'incertitude qui peut planer sur l'âge exact de la grossesse.

Combien de fois n'arrive-t-il pas en examinant une femme enceinte, de ne pouvoir obtenir aucune précision sur la date de ses dernières règles ; combien de fois même des femmes s'observant très bien ne se sont-elles pas trompées à tel point que le terme présumé arrivé, il a fallu attendre le mois suivant pour voir apparaître le travail. Comment, dans ces conditions, fixer la date exacte à laquelle doit être pratiqué l'accouchement prématuré ?

Nous avons déjà indiqué par ailleurs quelle valeur relative on devait attribuer aux renseignements fournis par la mensuration de la hauteur utérine et la céphalométrie, même entre des mains expérimentées. Si, pratiquer un accouchement provoqué, toutes les données nettement établies, revient à prendre un billet de loterie (Pinard), à quels aléas s'exposera t-on, si la donnée la plus importante, l'âge exact de la grossesse fait défaut ; il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter à notre observation, 1912-13-233, où cependant rien n'avait été laissé au hasard.

Et, à propos de cette observation, il est une dernière indication qui doit toujours entrer en ligne de compte quand il s'agit de prendre une décision chez une multipare : c'est le poids et les dimensions des enfants nés des grossesses précédentes, soit par des interventions fœticides à terme (forceps de force, basiotripsie), soit, toutes

proportions gardées, à la suite d'accouchements prématurés provoqués. Il est évident que dans ces cas, pour si précises que soient les données relatives à l'âge de la grossesse et aux dimensions du bassin, il peut y avoir disproportion entre les dimensions réelles de la tête fœtale et celles présumées du fait de l'âge de la grossesse, si la femme a habituellement de gros enfants.

En un mot, étant donné les heureux résultats de la section césarienne entre des mains expérimentées (combien de femmes d'ailleurs ne se soumettent-elles pas à une laparotomie pour des raisons moins légitimes que le désir de posséder un enfant vivant et viable !), nous croyons pouvoir affirmer que cette opération pourra être légitimement pratiquée non seulement chez une femme dont le diamètre utile est inférieur à 8^{cm}, mais encore chez toute femme non susceptible d'accoucher spontanément et facilement à terme, chaque fois que la moindre incertitude règne sur la date des dernières règles et qu'il est impossible de connaître exactement l'âge de la grossesse.

D'autre part le poids et le volume des enfants nés antérieurement chez une multipare constitueront un facteur dont on devra tenir compte. Enfin une dernière considération tiendra à la notion que l'on aura de la forme du bassin : dans un bassin plat à rétrécissements canalicules ou dans un bassin généralement rétréci il y aura lieu de pratiquer l'opération césarienne à un degré de viciation antéro-postérieure moins prononcé que dans les bassins plats annelés.

III

TECHNIQUE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PRÉVOQUÉ

Nous serons très bref à ce sujet, car il sort complètement du cadre de notre travail de décrire ici tous les procédés proposés ou usités en vue d'interrompre la grossesse dans ses derniers mois (se reporter pour cela aux traités d'accouchement).

Nous nous bornerons à exposer ici le procédé usité à la Clinique obstétricale de Montpellier et auquel on a eu recours dans tous les cas que nous rapportons : Introduction d'une bougie de Krause entre la paroi utérine et les membranes, autant que possible en respectant l'intégrité de ces dernières.

Cette intervention est relativement facile.

Dans les jours qui précèdent la date fixée pour l'opération, la femme est purgée à plusieurs reprises ; d'autre part, vingt-quatre heures avant la mise en place de la bougie, elle garde le repos et reçoit des injections chaudes (48 à 50°) renouvelées toutes les deux heures, l'introduction de la bougie est toujours précédée d'un cathétérisme de la vessie et d'une toilette vulvaire et vaginale.

Puis, la femme étant mise en position obstétricale, on procède à l'introduction de la bougie.

La bougie est introduite ordinairement en la guidant sur le doigt, exceptionnellement on peut avoir recours à l'emploi d'une valve postérieure en fixant le col avec deux pinces tire-balles.

M. Vallois a l'habitude de faire précéder la mise en place de la bougie d'un décollement du pôle inférieur de l'œuf.

La progression de la bougie entre la paroi utérine et les membranes doit se faire sans efforts ni résistances, on ne doit jamais insister si l'on perçoit la moindre résistance, cette dernière pouvant tenir à la présence du placenta sur le trajet de la bougie, mieux vaut dans ces cas retirer l'instrument et l'introduire dans une autre direction.

La bougie en place, on peut tamponner le vagin, mais cette précaution peut être omise. On termine par une occlusion vulvaire. Les premières douleurs apparaissent au bout d'un temps très variable de quelques heures à plusieurs jours. On fait des injections vaginales chaudes qui aseptisent le vagin et accélèrent le travail. Si dans les 24 heures le travail ne s'est pas franchement déclaré, introduction d'une deuxième bougie.

Ordinairement la pénétration de la bougie se fait sans dommage pour les membranes, ce qui, étant donnée la durée souvent assez longue du travail, est somme toute une heureuse éventualité. Dans d'autres cas et quelles que soient les précautions prises, les membranes se rompent soit au niveau de l'orifice interne, soit au contraire à un niveau plus élevé. Ce n'est là qu'un incident sans grande importance, l'opération étant faite sous le couvert d'une asepsie rigoureuse, puisque la rupture des membranes est donnée par certains auteurs comme un moyen de provoquer le travail (Von Herff, de Bâle).

Le travail franchement déclaré et la dilatation suffisante, il est bon de retirer la ou les bougies, afin qu'elles ne gênent pas l'engagement de la tête. Ceci fait, il n'y a plus de différence entre un accouchement provoqué et un accouchement spontané, et la conduite de l'accoucheur est dictée par les circonstances.

IV

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION CESARIENNE

Pas plus qu'à propos de l'accouchement prématuré provoqué, nous n'avons l'intention de décrire ici toutes les techniques ou modifications de technique proposées. Notre seul but est d'exposer la technique suivie par M. Vallois dans tous les cas que nous relatons, c'est à dire la section césarienne classique avec quelques points de détail dont l'expérience a montré l'utilité.

Mais, avant d'entrer dans cet exposé, nous croyons tout d'abord devoir insister sur le moment où doit être pratiquée l'opération césarienne. Les auteurs en effet sont loin d'être d'accord à ce sujet.

Les uns, avec M. Bar, sont d'avis qu'il y a lieu d'opérer aussi près que possible du terme mais avant tout début de travail ; il y a en effet tout avantage à être maître du moment de son opération ; on se met, en effet, à l'abri des inconvénients qui pourraient provenir du surmenage, voire même d'un début d'infection de la parturiente.

D'autres, avec M. Pinard (qui a longuement insisté sur ce point à la séance de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie du 10 février 1908), ne considérant que l'intérêt de l'enfant, estiment que jamais la grossesse ne doit

être interrompue avant le travail, cette façon de procéder, nommée par Lepage césarienne tardive, offre en outre l'avantage, à condition d'examiner sous le couvert d'une asepsie rigoureuse, de permettre à l'accoucheur de se rendre compte de la possibilité de l'accouchement spontané. Cette ligne de conduite a pleinement réussi à M. Vallois chez une femme à bassin relativement peu vicié, mais ignorant complètement la date de ses dernières règles, observation n° 174, 1912-1913.

Sans prendre parti dans ce débat M. Vallois a toujours agi suivant les circonstances.

Chaque fois que l'indication de l'opération césarienne était posée et qu'il a pu obtenir une certitude suffisante sur l'âge de la grossesse, M. Vallois s'est rangé à l'avis de Bar et a opéré avant tout début de travail aussi près que possible du terme (souvent, on le verra, le travail s'est déclaré avant le jour fixé, forçant à intervenir). Dans ce cas l'incision a toujours été précédée d'une injection hypodermique de 1^{cc} d'ergotine Yvon. Chaque fois au contraire que le moindre doute a plané sur la date des dernières règles, M. Vallois a délibérément attendu l'apparition des phénomènes du travail.

Les soins pré opératoires sont ceux de toute laparotomie (purgation, bain, lavement). Avant l'intervention, après la toilette vulvo-vaginale, le vagin désinfecté à la teinture d'iode dédoublée ou à la solution iodo-iodurée, est bourré avec une mèche de gaze stérile. L'anesthésie précédée d'une injection de 1^{cc} de morphine atropine, est faite suivant les cas au chloroforme goutte à goutte (surtout si l'intervention a lieu de nuit) soit de préférence à l'éther goutte à goutte.

La désinfection de la paroi a toujours été faite à la teinture d'iode pure.

Les aides sont réduits au minimum ; un seul aide en dehors de l'anesthésiste.

L'incision de la paroi abdominale a toujours été faite sur la ligne médiane ; cette incision, comme l'a déterminé Budin, doit avoir de 16 à 17^{cc} pour permettre l'issue facile de la tête.

Avec M. Bar, M. Vallois fait toujours porter la plus grande partie de son incision au-dessus de l'ombilic (1/3 au-dessous, 2/3 au dessus). Cette façon de procéder offre le double avantage de mettre la plaie opératoire à l'abri des souillures qui pourraient provenir des lochies, et d'autre part de ne pas mettre le segment inférieur en rapport avec la plaie abdominale.

Dans la majorité des cas, du fait de la distension abdominale due à la grossesse, la paroi est excessivement mince et le bistouri aborde presque immédiatement le péritoine, très mince et très friable, cette séreuse est soigneusement repérée par des pinces à forcipressures. L'utérus se présente alors soit par sa face antérieure, soit plus souvent par un de ses bords latéraux, le gauche ordinairement ; la présence des annexes dans l'aire de l'incision permet de se rendre compte de cette torsion. Il est bon dans ce dernier cas de faire redresser l'utérus par l'aide de façon à l'inciser sur sa face antérieure. Avant d'inciser l'utérus, M. Vallois fait toujours insinuer de larges compresses entre cet organe et la paroi abdominale. En agissant ainsi, la cavité péritonéale se trouve à l'abri de l'invasion du liquide amniotique et du sang, en même temps on se protège contre l'irruption de l'intestin et de l'épiploon dans l'aire de la plaie, éventualité d'autant plus à craindre que l'incision est très élevée. Il est également bon de mettre la femme en posi-

tion de Trendelenbourg pendant toutes les manœuvres qui vont suivre.

L'incision utérine est toujours parallèle au grand axe de l'organe, empiétant quelquefois vers le fond, mais jamais vers le segment inférieur. Une seule fois M. Vallois a été obligé d'agrandir son incision au-dessous de l'anneau de Bandl pour libérer la tête retenue par cet anneau rétracté.

Les dimensions de cette incision sont les mêmes que celles de l'incision de la paroi et ce pour les mêmes raisons. Pour pratiquer l'incision, M. Vallois a toujours recours au procédé préconisé par Tarnier : après avoir amorcé l'incision au bistouri, il effondre la paroi interne sur son doigt, et arrivé dans l'œuf, sur l'index gauche comme guide, il agrandit l'incision aux ciseaux. Dans les cas, on verra par nos observations qu'ils sont fréquents (1/3 des cas classiquement) où l'incision coïncide avec l'insertion placentaire, M. Vallois décolle le placenta avec le doigt introduit dans la cavité interne, sans se préoccuper de l'hémorragie toujours abondante, l'essentiel d'ailleurs est d'aller vite (Bar).

L'incision faite, la position des pieds ayant été préalablement précisée par le palper, l'opérateur saisit un pied et extrait rapidement l'enfant, la tête franchit ordinairement sans difficulté la brèche utérine, on l'y aide en procédant à une véritable manœuvre de Mauriceau.

Une seule fois, la tête retenue au-dessous de l'anneau de Bandl rétracté a nécessité pour son extraction l'extension de l'incision sur le segment inférieur.

L'enfant extrait est immédiatement remis à une personne expérimentée, qui sans se préoccuper du reste de l'intervention, procède immédiatement à sa toilette et le ranime si besoin est.

Sans perdre de temps, le placenta et les membranes sont extraits et la cavité utérine revisée et essuyée avec une compresse.

Si l'on a pu dire que l'opération césarienne se réduisait à deux incisions et à deux sutures, il importe du moins que ces sutures soient aussi correctes que possible.

Sans vouloir entrer dans des considérations historiques, qu'il nous soit permis cependant de rappeler les origines de la suture utérine. Lebas, le premier, en 1769, plaça des sutures sur l'utérus, mais sa conduite trouva peu d'imitateurs, elle fut blâmée par Levret, Smellie, et au commencement du XIX^e siècle par Beaudelocque, Capuron, Velpeau, Jacquemier, etc. On préférait alors abandonner la plaie utérine à elle-même, laissant à la rétractilité de l'organe le soin de rapprocher les lèvres de la plaie. C'est à Kehrer, de Heidelberg, et Sœnger, de Leipzig, que sont dus les perfectionnements apportés à la suture utérine jusque là négligée; ces auteurs ont eu le mérite d'insister tout particulièrement sur la nécessité d'affronter parfaitement le péritoine à lui-même. C'est enfin à Léopold que revient l'honneur d'avoir pour la première fois mis en pratique avec succès le procédé de Sœnger, le 25 mai 1882.

Notre maître accorde beaucoup d'importance à la suture de l'utérus, il importe en effet que l'utérus soit rapidement et solidement suturé, et que la plaie soit parfaitement affrontée.

Cette suture a toujours été faite non au catgut ou à la soie n^o 2 comme il est classique, mais à la soie n^o 5 à points séparés, pénétrants et distants 1^{cm} environ. Dès la suture faite, l'hémorragie cesse complètement, l'utérus se rétracte et il faut prendre grand soin à ce moment

d'empêcher l'épiploon et les anses intestinales refoulées jusque là par l'utérus gravide, de venir faire irruption dans la plaie opératoire ; la position de Trendelenbourg est d'autant plus avantageuse pour éviter cet inconvénient que, comme nous l'avons dit, l'incision de la paroi remonte très haut.

Le dernier temps ne comporte plus que la suture de la paroi et des téguments.

La suture de la paroi a toujours été faite au catgut, assez gros, n° 4, et à un seul plan, le péritoine, fortement distendu, très mince et très fragile, se déchire presque constamment au cours des tentatives de suture isolée.

La suture des téguments a toujours été faite aux crins de Florence.

Le pansement est celui de toute laparotomie. Sitôt l'intervention terminée, la gaze placée dans le vagin est retirée, l'écoulement sanguin par ce conduit est ordinairement minime et n'a jamais constitué une complication.

Pour ce qui concerne les soins post-opératoires, ils sont les mêmes que ceux donnés à toute laparotomisée : diète absolue pendant les quelques jours qui suivent l'opération.

L'alimentation des deux ou trois premiers jours est exclusivement liquide.

La vessie est régulièrement vidée à la sonde pendant au moins 48 heures.

On évite soigneusement la constipation, soit par des lavements, soit par des purgatifs légers.

Le pansement, sauf indications spéciales, n'est pas changé jusqu'au jour de l'ablation des fils qui a lieu le dixième ou onzième jour.

L'opérée se lève ordinairement le vingt-et-unième jour munie d'une ceinture abdominale.

OBSERVATIONS

ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS PROVOQUÉS

· NOTA

En ce qui concerne l'époque de la grossesse où a été pratiqué l'accouchement prématuré, on s'est toujours basé sur les chiffres de P. Dubois (Le diamètre bipariétal = 8 cm. 5 à 8 mois et demi de grossesse, etc.).

Pour se mettre à l'abri de tout mécompte au cas où le travail traînerait en longueur, on provoque l'accouchement quelques jours avant le jour fixé par le tableau de Dubois (8 mois $1/4$ pour un bassin de 8 cm. 5).

On remarquera que dans certaines de nos observations cette règle n'a pas été suivie. La raison de cette façon de procéder est qu'il est de règle de ne pas interrompre la grossesse sans qu'on se soit au préalable rendu compte des dimensions de la tête par les procédés signalés ; quelquefois, les résultats de ces recherches ont fait avancer ou retarder la date de l'intervention.

Années 1906-1907

OBSERVATION N° 142

La nommée J. L., 34 ans, épouse L. sans profession, née aux E. (Lozère). II geste. Entrée le 2 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladies sans intérêt obstétrical.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, nourrie au sein maternel, premiers pas à 1 an. Réglée à 15 ans.

Règles irrégulières, durant 3 jours assez abondantes. 1^{re} grossesse à 26 ans, présentation de l'épaule, version, application de forceps sur la tête dernière, suites de couches physiologiques. Enfant mort à 9 mois de gastro-entérite.

Dernières règles 26-29 juillet 1906.

Grossesse normale.

Examen direct. — Taille petite, squelette thoracique normal, déformations rachitiques des tibias (tibias en parenthèses).

Hauteur utérine = 37 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, petites parties à gauche.

Bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Col situé en arrière et à gauche ayant conservé toute sa longueur, ramolli, orifices fermés, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible ; diamètre promonto-sous-pubien, 10 cm.

En raison de la viciation pelvienne M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois $1/4$.

Hauteur utérine 38 cm, bruits du cœur bien frappés à droite.

Le 10 avril à 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause ; 5 heures du soir apparition des premières douleurs faibles et espacées.

Le 11 avril, dans la journée, le travail ne progresse pas. A 4 heures du soir contractions intenses mais toujours espacées. A 6 heures du soir le col est dilaté comme deux francs, introduction d'une seconde bougie, les contractions deviennent intenses et rapprochées. Le 12 avril, à 4 heures du matin, rupture spontanée des membranes, dilatation comme grande paume, la tête s'engage en droite postérieure. On retire les deux bougies, la dilatation se complète rapidement, expulsion à 4 heures 55.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 470 mesurant 49 cm et présentant un bi-pariétal de 8,4. Allaitement maternel, développement normal.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 179

C. I., 32 ans, ménagère, née à M... (Hérault). Il geste. entrée le 14 avril 1907.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 15 ans.

Règles régulières durant 3 à 4 jours.

Pas de pertes blanches.

1^{er} accouchement en 1906, la femme entre à la Maternité. Après plusieurs tentatives de forceps infructueuses, on extrait un enfant mort par une application de forceps au détroit supérieur.

Dernières règles du 10 au 14 septembre 1906. Grossesse normale.

Examen direct. — Facies pigmenté, taille moyenne, chapelet costal, tibias et fémurs incurvés en parenthèses.

Tête mobile au dessus du détroit supérieur, dos à droite, petites parties à gauche, bruits du cœur perçus à droite.

Col ramolli situé en arrière et à gauche, segment inférieur normal, orifices fermés.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, faux promontoire sacré très saillants. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cm. 7.

Pelvimétrie externe, bisépineux 22 cm., bi-crête 24,5.

En raison de la viciation pelvienne M. Vallois décide d'interrompre la grossesse à la fin du 8^{me} mois.

Le 15 mai, mise en place d'une bougie de Krause, hauteur utérine 28 cm., tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, bruits du cœur bien perçus à

droite ; les membranes sont déchirées au cours de cette intervention. Apparition des premières douleurs le même jour, le lendemain le travail progresse lentement. M. Vallois, après avoir retiré la sonde, complète la dilatation avec des ballons de Champetier et termine par une application de forceps au détroit supérieur sur une tête en droite postérieure, la version étant formellement contre-indiquée par la rétraction de l'utérus.

L'enfant est extrait en état de mort apparente et malgré tous les efforts tentés pour le ranimer, *succombe quelques instants après*. Enfant du sexe masculin pesant 2 k. 100 présentant une longueur de 47 cm. et un bi-pariétal de 8 cm.

Délivrance naturelle mais rétention d'une partie des membranes nécessitant une révision de la cavité utérine.

Suites de couches : infection utérine assez légère, température 39,4 cédant à trois injections intra-utérines.

OBSERVATION N° 186

C. E., 18 ans, ménagère, née à C... (Hérault).

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, n'a pas connu sa mère, ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, premiers pas à trois ans ; ignore si elle a été nourrie au sein ; mari bien portant.

Réglée à 15 ans.

Règles régulières durant 3 à 4 jours, abondantes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 1^{er} octobre 1906.

Examen direct. — Facies pâle, taille petite (1^m27). Nez étalé, front bombé, chapelet sterno-costal, thorax bombé, fémurs incurvés à concavité interne, tibias incurvés à concavité externe. Légère scoliose dorsale droite avec courbure de compensation lombaire.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur ; siège en haut et à gauche, dos à droite, petites parties à gauche.

Bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Col ramolli situé en haut et à gauche, segment inférieur normal, orifice externe fermé ; on atteint le sommet très élevé.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, très haut et très saillant, promonto-sous-pubien, 9^{cm}5, sacrum fortement incurvé.

Pelvimétrie externe, bisépineux, 21,5 ; bi-crête 22, conjugué externe 15,5.

Souffle d'insuffisance mitrale.

En raison de cette lésion cardiaque, et redoutant les risques d'une anesthésie générale, M. Vallois pratique un accouchement prématuré quelques jours avant huit mois.

Pendant les deux jours précédant l'intervention, injections vaginales chaudes toutes les deux heures.

Le 25 mai, mise en place d'une bougie de Krause. Hauteur utérine, 33 cm. ; sommet mobile en D. T. ; bruits du cœur bien frappés, col ayant toute sa longueur, mais permettant l'introduction du doigt.

Les premières douleurs apparaissent à 4 h. du soir, mais les contractions, tantôt intenses, tantôt faibles et espacées, sont peu efficaces.

Le 27 mai, on retire la bougie ; la tête s'engage en D. T. en asynclitisme postérieur ; rupture spontanée des membranes ; dilatation comme 5 francs.

Le 28 mai, la dilatation se complète progressivement et l'accouchement se produit en O. P. à 5 h. 40 du matin.

Délivrance naturelle.

L'enfant expulsé pèse 2 k. 480, mesure 49 cm. et présente un bipariétal de 7^{cm},6.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant revu en 1913 est bien portant et normalement développé pour son âge.

OBSERVATION N° 198

C. F., 35 ans, épouse F., ménagère, née à B., (Gard), V geste. Entrée le 7 mai 1907.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, ignore l'âge de ses premiers pas. Réglée à 17 ans.

Règles irrégulières durant 3 ou 4 jours, peu abondantes.

Première grossesse à 28 ans, accouchement à terme très long, suites physiologiques.

Deuxième grossesse à 29 ans, accouchement à terme, suites physiologiques.

Troisième grossesse à 31 ans; accouchement à terme terminé par une application de forceps ayant amené un enfant du sexe masculin mort; déchirure du périnée, prolapsus utérin quelques mois plus tard.

Quatrième grossesse normale, accouchement à la Maternité terminé après plusieurs applications de forceps et une tentative infructueuse de version par une basiotripsie. Enfant du sexe masculin pesant 3 k. 350 (non compris le cerveau) et mesurant 52 cm.

Suites physiologiques.

Dernières règles début octobre.

Grossesse normale.

Examen direct. — Masque peu accusé, taille moyenne, squelette normal. Hauteur utérine : 29 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, petites parties à gauche, bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Périne déchiré, col situé en arrière et à droite, ramolli, ayant toute sa longueur.

Eramen du bassin : Promontoire accessible. Diamètre promonto-sous-pubien : 10,5, sacrum concave. Pelvimétrie externe : Diamètre bisépineux : 22,5; diamètre bicrote : 27^{cm}.5.

Après examens répétés, on constate que le développement du ventre et la hauteur utérine (34^{cm}) ne concordent pas avec la date des dernières règles.

En raison de la viciation pelvienne et en présence de cette hauteur utérine (34^{cm}), M. le professeur Vallois pense qu'il y a erreur sur la date des dernières règles et décide de pratiquer un accouchement prématuré.

Le 10 mai, à 11 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause; apparition des premières douleurs à 8 heures du soir; rupture spontanée des membranes; à 11 heures, dilatation complète.

Le 11 mai, à 2 heures du matin, on termine par une application de forceps au détroit supérieur en droite postérieure.

Enfant du sexe masculin pesant 2 k. 950, présentant une longueur de 48 cm. et un bipariétal de 9 cm.

L'enfant meurt huit jours après l'accouchement; à l'autopsie, on trouve des abcès multiples du foie, consécutifs à une phlébite de la veine ombilicale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 228

La nommée P. C., 32 ans, lingère, née à Cette, primigeste, entrée à la Maternité le 27 juin 1907.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel, premiers pas à 3 ans, pas de maladies antérieures.

Réglée à 15 ans.

Règles régulières durant 3 jours, peu abondantes, leucorrhée.

Dernières règles, 16-19 octobre 1906.

Examen direct. — Femme de petite taille, sternum en carène, chapelet costal, pas de déformations des membres inférieurs.

Pendant la grossesse, le fœtus se présente en position transversale; les bruits du cœur sont bien perçus sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.

Végétations vulvaires et vaginales, col ramolli, situé très en arrière, orifices fermés, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, mais peu saillant, sacrum concave. D. promonto-sous pubien : 10,5. Arc antérieur fortement cintré.

Albumine dans les urines.

M. le professeur Vallois décide de provoquer l'accouchement quelques jours avant terme.

Le 17 juillet à 10 heures 30, M. Vallois place une bougie de Krause. Le sommet est alors mobile en G. T. les bruits du cœur bien frappés, le col est long, son orifice externe est entr'ouvert mais son orifice interne est fermé, les

membranes se rompent peu après, les premières contractions apparaissent à 11 heures 10, le travail se poursuit lentement et l'accouchement a lieu spontanément le lendemain 18 à 9 heures du soir.

L'enfant naît étonné, mais on parvient assez facilement à le ranimer.

Enfant du sexe masculin pesant 2 k. 780, présentant une longueur de 50 cm., et un bi-pariétal de 9 cm. 5.

Suites de couches physiologiques.

Année 1907-1908

OBSERVATION N° 11

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois et 1/4. — Bassin rétréci (Promonto-sous-pubien, 10 cm.). — Bougies de Krause. — Ballons de Champetier. — Hémorragie grave après l'expulsion du deuxième ballon. — Dilatation manuelle. — Version rapide.

La nommée J. A., 28 ans, ménagère, née au B. (Puy-de-Dôme), III geste, entrée à la Maternité le 21 octobre 1907.

A. H., sans intérêt.

B. P., bonne santé habituelle, nourrie au biberon, premiers pas à 22 mois.

Réglée à 18 ans, règles régulières indolores, peu abondantes sans caillots.

Premier accouchement en 1905, l'enfant succombe pendant le travail, la femme entre à la Clinique où l'on termine par une cranioclasie.

Deuxième accouchement en 1906, accouchement spontané à terme, travail long, enfant né en état de mort apparente qui succombe 12 heures après la naissance.

Dernières règles 26 février 1907, grossesse normale.

Examen direct. — Femme de petite taille, squelette normal, hauteur utérine, 26 cm., sommet mobile en position gauche, bruits du cœur perçus à gauche, col situé en arrière et à droite, présentant toute sa longueur complètement ramolli, orifice externe déchiré et ouvert, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Le promontoire est accessible, le diamètre promonto sous pubien 10 cent., le sacrum est concave.

M. le professeur Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/4 de grossesse.

Le sommet est mobile en position droite, bruits du cœur bien frappés à droite,

Le 9 novembre, à 10 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause, les premières douleurs apparaissent à midi mais ne persistent pas.

Le 11 novembre, le col a toute sa longueur, pas de contractions, M. Vallois introduit une seconde bougie.

Le 12, rupture spontanée des membranes, le col paraît diminué de longueur.

Le 13 au soir, le travail ne se déclarant pas, M. Vallois décide de terminer l'accouchement, le col n'est pas complètement effacé; après anesthésie, M. Vallois introduit et retire successivement deux ballons de Champelier, l'un d'une contenance de 400 cc., l'autre de 600 cc., l'extraction du dernier ballon est suivie d'une abondante hémorragie. M. Vallois complète rapidement la dilatation par le procédé de Bonnaire et termine par une version, la tête franchit le droit supérieur en position transverse.

L'enfant né en état syncopal, mais est facilement ranimé par les procédés habituels, il pèse 3 k.020, mesure 50 centimètres et présente un bi-pariétal de 9 cent.

On note sur le placenta une sorte de gouttière due sans doute à l'une des bougies.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 61

La nommée L. M., épouse G., 22 ans, cuisinière, née à A... (Haute-Loire). II geste, entrée le 5 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. -- Mère morte bacillaire, père bien portant, trois frères morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, premiers pas à 2 ans, boiterie dès les premiers pas, nie toute paralysie infantile, pas de bacilliose, spécificité douteuse.

Réglée à 15 ans, règles irrégulières, peu abondantes, indolores.

Première grossesse en 1906, normale, accouchement à terme spontané, très rapide, mais l'enfant n'a pu être ramené, suites de couches physiologiques.

Dernières règles fin avril 1907 ? premiers mouvements actifs perçus en septembre.

Dyspnée contemporaine et parallèle à la grossesse, épigastralgie, vomissements au début.

Examen direct. — Masque très accusé, taille petite. Scoliose dorsale droite à courbure de compensation lombaire, à convexité gauche. Le membre inférieur gauche est en rotation externe, notablement raccourci (de 8 cent.) et atrophié. Dans l'attitude debout, le membre droit sur lequel repose le poids du corps est en demi-flexion. A la palpation on constate que le grand trochanter gauche dépasse de 10 cent. la ligne de Nélaton Roser, la tête fémorale n'est plus perceptible au niveau du pli de l'aîne.

Les mouvements provoqués sont possibles, mais s'accompagnent de craquements. Boiterie unilatérale sans déhanchement ni démarche en cane.

A la palpation on trouve une présentation de l'extrémité céphalique en position gauche.

Examen du bassin. — Distorsion par abaissement et antépulsion du côté gauche. Abaissement du pli inguinal gauche, vulve latéralisée et regardant directement en bas, pli fessier gauche abaissé, pli interfessier dévié à droite.

Pelvimétrie externe, bis-épineux = 24; bi-crête, = 25; bitrochantérien = 30; Baudelocque = 17. D. Promontoire accessible = 10,5, ligne inominée droite redressée gauche courbure exagérée, arc antérieur asymétrique.

En raison de la viciation pelvienne, M. le professeur Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 3¼. Sommet mobile en position droite, bruits du cœur bien frappés à droite, col entr'ouvert mais non effacé.

Le 25 janvier, 10 h. 30, mise en place d'une bougie de Krause, apparition des premières douleurs à 11 h. 30.

Le 26 dans la journée le travail progresse lentement, on perçoit dans la poche un membre que l'on pense être un bras procident. Dans l'après-midi, en présence d'une hémorragie assez abondante, M. Vallois termine par une version après avoir largement rompu les membranes et complété la dilatation, la tête s'engage dans le grand diamètre (diamètre oblique gauche).

Extraction d'un enfant du sexe masculin en état de mort apparente, rapidement ranimé par Mlle Bazin, sage-femme en chef.

L'enfant pèse 2 k. 980, mesure 49 c. et présente un bipariétal de 9,6.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 78

La nommée B. A., 22 ans, domestique, née à Le Ch... (Lozère), primigeste. Entrée le 6 juin 1908.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, nourrie au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas.

Réglée à 16 ans.

Règles régulières.

Dernières règles du 30 mai au 2 juin 1907.

Au cours de la grossesse, cystite purulente et hémorragique ayant duré une quinzaine de jours. Bartholinite gauche supurée et incisée.

Examen direct. — Taille petite, squelette thoracique normal, rachitisme fémora-tibial (membres inférieurs en parenthèses).

Hauteur utérine, 31 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, petite partie à gauche. Bruits du cœur perçus à droite.

Col en arrière et à gauche, présentant toute sa longueur, ramolli, orifice externe entr'ouvert, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien = 10,6.

Pelvimétrie externe. — Diamètre de Beaudelocque = 17 cm. ; diamètre bis épineux = 18 cm. ; diamètre bi-crête = 22 cm.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois

Le 8 février, à 8 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause, la femme n'a pas de contractions de toute la journée.

Le 9 février, le col est en voie d'effacement permettant l'introduction de deux doigts. M. Vallois décolle le segment inférieur de l'œuf, la tête s'applique. Apparition des premières douleurs à 6 h. du soir, contractions peu intenses.

Le 10 février, même état du col à 10 h., introduction d'une seconde bougie, les contractions deviennent plus intenses et plus rapprochées.

A 2 h. du soir le col est dilaté comme deux francs, rupture spontanée des membranes, écoulement abondant de liquide amniotique.

Le sommet s'amorce en droite antérieure à 5 h. 15. M. Vallois retire les deux bougies qui gênent la descente de la tête. A 10 h. 30, dilatation complète, le sommet est engagé, on sent une énorme bosse séro-sanguine. 11 h. 15, expulsion en occipito-pubienne.

Enfant du sexe masculin pesant 3 k. 140, mesurant 49 cm. et présentant un bi-pariétal de 9,2.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 108

La nommée M. G., 20 ans, domestique, née à Bergame (Italie), primigeste, entrée le 20 janvier 1908.

A. H. — Sans intérêt.

A. P. — Nourrie au sein, ignore l'âge de ses premiers

pas, très bonne santé habituelle, pas de bacillose, pas de spécificité.

Réglée à 16 ans, règles régulières, indolores, peu abondantes.

Dernières règles du 23 au 26 avril 1907.

Grossesse normale.

Examen direct. — Masque très accusé, taille petite, 1 m. 35.

Squelette courtaud et trapu. Rachitisme fémoro-tibial très accusé, fémurs en parenthèses, tibia en S italique, pas de varices, pas d'œdème.

Vergetures récentes, légère éventration ; sommet mobile en position droite, bruits du cœur perçus à droite.

Col ramolli ayant toute sa longueur située très en arrière.

Examen du bassin — Promontoire accessible, D. promonto sous pubien = 10.5, arc antérieur redressé.

Pelvimétrie externe. Baudelocque = 18 ; bis-épineux = 25 ; bicrête = 27 ; bitrochanterien = 33.

En raison de la viciation pelvienne, on décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 3/4.

Le 19 mars 1908, à 11 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause, à 1 heure apparition des premières douleurs et rupture précoce des membranes.

Le travail progresse normalement, le sommet s'engage en asynclitisme postérieur et l'expulsion a lieu le 20 mars, à 1 h. du matin.

Enfant du sexe féminin pesant 2 k. 250, mesurant 47 centimètres et présentant un bi-pariétal de 8 c. 2.

Suites de couches physiologiques (galactophorite du sein droit au 14^m jour).

OBSERVATION N° 141

La nommée S. M..., âgée de 22 ans, domestique, née à P. (Gard) primigeste, entrée le 8 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, scarlatine pendant son enfance, nourrie au sein, ignore l'âge de ses premiers pas, pas de bacillose, pas de spécificité.

Réglée à 14 ans.

Règles régulières peu abondantes.

Dernières règles fin juillet 1907 ? premiers mouvements actifs en janvier 1908, grossesse normale.

Examen direct. — Léger masque, taille petite.

Thorax et membres supérieurs normaux, fémurs incurvés.

Présentation du sommet en position gauche (sommet très mobile en dessous du détroit supérieur).

Col dirigé en avant, ayant toute sa longueur, complètement ramolli, segment inférieur normal.

Examen du bassin. - Bassin généralement rétréci. D. promonto sous-pubien : 10,5, arc antérieur à courbure assez prononcée.

D. bisépineux : 21 cm. 1/4, bacrète : 24 cm., D. Baude-locque : 17 cm. 1/4.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois et demi.

Le 20 avril introduction d'une bougie de Krause à 5 heures du soir ; la hauteur utérine est de 32 cm., les bruits du cœur sont bien frappés à droite, les premières douleurs apparaissent le 21 à 8 heures du matin, le travail

progressse normalement et l'expulsion spontanée a lieu à 11 heures 20 du soir.

L'enfant naît étonné, mais il est facilement ranimé par les procédés habituels. Enfant du sexe masculin, pesant 2 kil. 900, mesurant 49 cm. et présentant un bipariétal de 7,9.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 169

La nommée G. M..., 27 ans, domestique, née à Saint-Pons (Hérault) primigeste, entre le 8 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection cardiaque, mère ? Un frère mort en bas âge.

Père de l'enfant éthylique.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, nourrie au sein, a marché tard.

Réglée à 20 ans.

Règles régulières, douloureuses, peu abondantes.

Dernières règles du 1^{er} au 15 septembre 1907.

Examen direct. — Grossesse normale.

Masque léger, taille petite, squelette normal. Pas de malformation rachitique des membres inférieurs.

Eventration légère.

Hauteur utérine : 24 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche, petite partie à droite. Bruits du cœur fœtal perçus à gauche.

Col situé en arrière et à gauche, ayant toute sa longueur, ramolli, orifices fermés.

Examen du bassin. — Promontoire accessible. Diamètre

promonto sous pubien: 10,2. Faux promontoire sacré. Pelvimétrie externe. Diamètre bis-épineux: 22. Diamètre bi-crête: 24,5.

En raison de la viciation pelvienne, M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois et demi.

Le 22 mai à 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause. A 7 heures du soir col incomplètement effacé.

Le 23 mai, même état.

Le 24, le travail ne progressant pas, on a introduit une deuxième bougie. A 8 heures du soir le col est presque effacé, les douleurs deviennent plus rapprochées.

Le 25, le col est complètement effacé, la tête est en droite postérieure mal fléchie. M. Vallois décolle une partie du segment inférieur de l'œuf, les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité.

A 8 heures 15 rupture spontanée des membranes. On retire les bougies, la dilatation est complète, tête sur le périnée, 8 heures 50 expulsion en occipito pubienne.

Enfant du sexe féminin pesant 2 kil. 360, mesurant 47 cm. et présentant un bi-pariétal de 7 cm. 8.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 204

La nommée A. G..., 22 ans, domestique, née à S... (Aveyron), primigeste, entrée le 30 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Née d'un père âgé de 70 ans et d'une mère âgée de 18 ans.

Père de l'enfant bien portant.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à 9 mois, a marché à 15 mois.

Pas de maladies antérieures.

Pas de bacilliose, pas de spécificité.

Réglée à 16 ans.

Etat habituel, règles irrégulières (retards), indolores, peu abondantes, sans caillots.

Dernières règles 20 au 25 septembre 1907.

Date du dernier coït (un seul rapport) commencement octobre.

Grossesse normale.

Examen direct. — Taille moyenne, squelette thoracique normal, pas de rachitisme des membres inférieurs. Hauteur utérine : 27 cm.

Tête dans la fosse iliaque gauche, siège dans l'hypochondre droit. Bruits du cœur perçus à gauche et en avant.

Col dirigé en arrière et à gauche, ramolli, ayant conservé toute sa longueur. Orifices fermés, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible. Dimension promonto sous-pubien : 10. Faux promontoire sacré, courbure peu prononcée de l'axe antérieur.

Pelvimétrie externe, diamètre bis-épineux : 26, diamètre bis-crête : 27 1/2.

Version par manœuvre externe et fixation de la tête par une ceinture.

En présence de la viciation pelvienne, M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Mais en raison de la discordance entre les données fournies par l'interrogatoire et l'examen, on se base pour fixer la date de l'intervention sur les dimensions de la tête fœtale mesurée à travers la paroi abdominale.

Le 27 juin à 10 heures introduction d'une bougie de Krause. Hauteur utérine : 30 cm. Sommet mobile en position droite, les membranes se rompent au cours de l'introduction. Apparition des premières douleurs à 10 h. 45. A 11 h. 45 on trouve une main en latérocidence droite. Le travail ne progresse pas, les douleurs sont lentes et espacées.

A 7 heures on retire la bougie, le col est dilaté comme 2 francs.

La tête se présente en gauche postérieure et s'applique, mais elle ne s'engage pas.

A 9 h. 10 le travail ne progressant, pas M. Vallois décide de terminer l'accouchement. La dilatation est à peu près comme une petite paume, elle est complétée par l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes contenant 400 cc., puis d'un second ballon contenant 600 cc. M. Vallois pratique alors une version par manœuvres internes. La version ne présente aucune difficulté.

Enfant du sexe féminin, pesant 2 kil. 100, mesurant 44 cm. et présentant un bi-pariétal de 7 cm. 5.

L'enfant, né en état de mort apparente, a été ranimé par les moyens habituels.

Suites de couches physiologiques.

Année 1908-1909

OBSERVATION N° 39

La nommée V. M., âgée de 43 ans, ménagère, née à A. (Ardèche), VIII geste, entrée le 9 novembre 1908.

Antécédents héréditaires. -- Ascendants morts de vieillesse.

Père des enfants bien portant.

Antécédents personnels. -- Nourrie au sein jusqu'à 30 mois ; a marché à 2 ans 1½.

Pas de maladies antérieures.

Pas de bacilliose ni de spécificité.

Réglée à 14 ans.

Règles régulières indolores, abondantes, sans caillots.

1^{re} grossesse 1893, avec troubles sympathiques très accusés ; accouchement spontané et à terme d'un enfant mort (présentation du siège), suites physiologiques.

2^e grossesse, normale ; accouchement spontané et à terme (présentation du sommet) ; enfant nourri au sein, mort de bronchite à 1 an.

En 1895, deux avortements de 3 mois avec accidents de rétention placentaire.

5^e grossesse en 1896, accouchement spontané et à terme d'un enfant (présentation du siège) ; mort de convulsions à 6 mois.

6^e grossesse en 1904, accouchement spontané et à terme d'un enfant né vivant (présentation du sommet) ; suites physiologiques ; enfant mort à 3 ans.

7^e grossesse en 1905, interrompue au 3^e mois par un avortement, suites physiologiques.

Dernières règles, 22 au 28 mai 1908.

Premiers mouvements actifs, fin août.

Examen direct : Masque très accusé, taille petite, squelette courtaud et trapu.

Pas de rachitisme tibial et fémoral, pas de varices, œdème très accusé.

Hauteur utérine = 36 cm.

Tête située de l'hypocondre droit, dos à gauche, petites parties à droite.

Bruits du cœur fœtal perçus à gauche.

Col situé en arrière et à gauche, ramolli ayant toute sa longueur, orifice externe entr'ouvert.

Segment inférieur normal.

Examen du bassin : Promontoire accessible, saillant ; diamètre promonto-sous-pubien ; 10 cm. ; arc antérieur peu redressé.

Pas d'albumine.

En présence de la viciation pelvienne, on décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1½ : présentation du siège, hauteur utérine : 42 cm., les bruits du cœur sont bien frappés.

Le 9 novembre à 8 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause.

Apparition des premières douleurs à midi.

Le travail ne progressant pas, introduction d'une deuxième bougie le 10 décembre à 11 heures du matin. Le travail se déclare franchement et suit un cours normal, on retire les bougies le soir même ; on complète la dilatation avec les doigts et on rompt les membranes. Extraction du siège et du tronc normale, la tête est extraite par une manœuvre de Champetier de Ribes.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé par les procédés habituels.

Enfant du sexe féminin, pesant 3 kg. 160, mesurant 50 cm. et présentant un bi-pariétal de 9,5.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 70

La nommée R. M..., 21 ans, domestique, née à M... (Hérault), Il geste. Entrée le 12 décembre 1908.

Antécédents héréditaires. -- Sans intérêt.

Antécédents personnels. -- Bonne santé habituelle.

Premiers pas à 4 ans 1½, pas de bacillose, pas de spécificité.

Réglée à 19 ans 1½.

Règles régulières, indolores, peu abondantes.

1^{re} grossesse en 1907, normale ; accouchement spontané à terme ; enfant vivant, mis en nourrice, mort à 13 jours. Suites de couches physiologiques.

Grossesse actuelle normale.

Examen direct : Masque léger, cicatrice cervicale adhérente, taille moyenne.

Squelette thoracique normal, tibias courts et incurvés, pas de varices.

Hauteur utérine 30 cm., éventration légère.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite.

Bruits du cœur perçus à droite.

Col en arrière et à gauche, ramolli, ayant toute sa longueur ; orifice externe entr'ouvert.

Segment inférieur normal.

Examen du bassin : Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien : 10.

Pas d'albumine.

En raison de la viciation pelvienne, on décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1½.

Introduction d'une bougie de Krause le 4 janvier 1909

à 11 heures du matin. Le fœtus est alors en présentation du siège, le col a toute sa longueur. A 9 heures du soir, le travail ne progressant pas et les bruits du cœur devenant irréguliers, on anesthésie la femme, et on dilate le col d'abord par des manœuvres digitales, puis avec un ballon de Champetier ; extraction du siège et du tronc, extraction de la tête par une manœuvre de Mauriceau.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 550, mesurant 49 centimètres et présentant un bi-pariétal de 8,9.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 192

La nommée A. L..., 28 ans, épouse R..., ménagère, née à St-M... (Hérault), V geste. Entrée le 11 mai 1909.

Antécédents héréditaires. -- Sans intérêt.

Antécédents personnels. -- Sans intérêt.

Réglée à 13 ans.

Règles irrégulières durant 4 ou 5 jours.

1^{re} grossesse à 19 ans, accouchement à terme terminé par une application de forceps.

2^e grossesse à 20 ans, accouchement à terme spontané, enfant mort.

3^e grossesse à 22 ans, accouchement à terme terminé par une application de forceps, enfant mort.

4^e grossesse à 24 ans, accouchement prématuré provoqué à 8 mois, enfant bien portant.

Dernières règles du 4 au 8 septembre 1908.

Examen direct : Pas de renseignements sur le squelette et l'examen au cours de la grossesse.

Examen du bassin : Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 5 : Pelvimétrie externe, diamètre bis-épineux : 21 centimètres diamètre bacrète : 25 centimètres.

En présence de la viciation pelvienne, M. Valois décide de pratiquer un accouchement provoqué jusqu'à 8 mois 3/4.

Fœtus en position gauche, sommet très mobile au-dessus du détroit supérieur, bruits du cœur bien frappés à gauche.

Introduction d'une bougie de Krause le 17 mai à 11 heures du matin, le col est épais, l'orifice externe entr'ouvert. Le travail progressant lentement, introduction d'une deuxième bougie le 18 mai.

La dilatation est complète le 19 mai à 10 heures du matin, rupture spontanée des membranes, sommet amorcé en gauche transverse, flexion incomplète. La tête s'engage en position gauche postérieure, mal fléchie, hémorragie légère, rotation lente, expulsion spontanée.

L'enfant, né en état de mort apparente, *n'a pas pu être ranimé.*

Enfant du sexe masculin, pesant 2 kg. 560, mesurant 49 centimètres, présentant un bi-pariétal de 9 centimètres.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 226

La nommée T. P..., âgée de 25 ans, épouse T..., couturière, née à P... (Hérault), V geste. Entré le 22 mai 1909.

Antécédents héréditaires. -- Sans intérêt.

Antécédents personnels. -- Variole à 18 ans, fièvre typhoïde, fièvre scarlatine, premiers pas à 12 mois.

Réglée à 17 ans.

Règles régulières durant 8 jours.

1^{re} grossesse à 20 ans, accouchement à terme, terminé par une application de forceps, l'enfant a été extrait mort.

2^e grossesse à 21 ans, accouchement à terme terminé par une application de forceps, l'enfant meurt 5 jours après.

3^e grossesse à 22 ans, terminée par un avortement du 3^e mois, consécutif à une contusion abdominale.

4^e grossesse 6 mois après la précédente, terminée par un avortement du 2^e mois à la suite d'une chute.

Dernières règles. Après avoir affirmé les avoir eues en octobre, la femme revient sur ses dires et fixe comme date certaine le 12 septembre. Cette affirmation décide l'époque de l'intervention.

Examen direct. — Taille moyenne.

Squelette normal.

Hauteur utérine, 28 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur bien frappés à gauche.

Col ramolli présentant toute sa longueur, orifice externe entr'ouvert et déchiré.

Examen du bassin: — Promontoire accessible, faux promontoire sacré, courbure marquée de l'arc antérieur.

Diamètre promonto sous-pubien = 10,5.

Diamètre bis-épineux = 21 cm.

Diamètre bi-crête = 24 cm.

Pas d'albumine.

En présence de la viciation pelvienne, M. le professeur Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 3/4.

Le 15 juin à 9 h. 30, introduction d'une bougie de Krause, sommet mobile en position gauche, bruits du

cœur bien frappés à gauche. Apparition des premières douleurs à 11 h. 30.

Le 16 juin, le travail progresse lentement, le sommet fuit dans la fosse iliaque ; à midi, on sent la tête au fond de l'utérus, on la ramène au-dessus du détroit supérieur par des manœuvres externes et on la fixe par une ceinture.

Le 17 juin, rupture spontanée des membranes, écoulement de liquide très abondant, le sommet s'applique en gauche postérieure fléchie, expulsion spontanée très rapide.

Enfant du sexe masculin, pesant 1 kil. 900, mesurant 45 cm. et présentant un bi-pariétal de 8 cm. 8.

L'enfant né vivant n'a crié que faiblement, *quelques heures après sa naissance il succombe à des phénomènes asphyxiques*, malgré des frictions alcoolisées et des bains chauds.

OBSERVATION N° 240

La nommée M. H... 47 ans, épouse F., ménagère, née à St-P... (Aveyron). Il geste. Entrée le 15 mai 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, premiers pas à 28 mois. Chloro-anémie de l'adolescence.

Réglée à 13 ans.

Première grossesse en 1907, normale, accouchement à terme, terminé par une application de forceps, véritable basiotripsie déguisée, fracture de la voûte crânienne, enfant mort.

Suites de couches physiologiques.

Ignore la date de ses dernières règles.

Date des premiers mouvements actifs, le 23 mars.

Examen direct. — Masque très accusé, taille petite.

Squelette de proportions infantiles mais sans nouures rachitiques, membres inférieurs très petits, il est impossible d'accoler les fémurs et les tibias entre eux, le côté droit est plus court et plus grêle que le gauche, têtes fémorales en place. Pas de limitation des mouvements ni claudication.

Légère éventration de la paroi abdominale.

Hauteur utérine 32 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dos à gauche, petites parties à droite.

Bruits du cœur perçus à gauche.

Col situé en avant derrière la symphyse, ramolli, ayant toute sa longueur, orifice externe entr'ouvert, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible et saillant, diamètre promonto-sous pubien = 9,8

Pelvimétrie externe, diamètre bis-épineux, 24 cm.

Diamètre bi-crête = 27 cm.

Ante-version et latéro-version droite, triangle de Michaëlis asymétrique.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois.

Le 11 juillet à 10 heures, introduction d'une bougie de Krause. Le sommet est mobile au-dessus du détroit supérieur en position gauche transverse. Bruits du cœur bien frappés à gauche. Hauteur utérine 36 cm.

Apparition des premières douleurs à 11 heures du matin.

Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Le sommet s'engage en position gauche transverse en asynclitisme postérieur très marqué. Expulsion en occipito-pubienne à 11 heures du soir.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 630, mesurant 48 cm., présentant un bi-pariétal de 8,5.

L'enfant présente une légère dépression de la région temporo-pariétale qui était en rapport avec le promontoire.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 242

La nommée L. B..., âgée de 28 ans, épouse P., née à Montpellier (Hérault), primigeste, entrée le 2 juin 1909.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Ne peut préciser ni la façon dont elle a été nourrie, ni la date de ses premiers pas.

Réglée à 16 ans $1\frac{1}{2}$.

Dernières règles du 12 au 20 octobre 1908.

Examen direct. — Masque très accusé, taille moyenne.

Squelette thoracique normal.

Membres inférieurs courtauds, tibias légèrement arqués.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Col situé en arrière et à gauche, ayant toute sa longueur, ramolli, orifice externe fermé, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, sacrum concave. Diamètre promonto-sous-pubien = 10,3.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois $1\frac{1}{2}$.

Le 13 juillet à 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause. Sommet mobile au-dessus du détroit

supérieur. Bruits du cœur bien frappés à gauche. Le travail progresse lentement.

Le 16 juillet le sommet s'engage en position droite-postérieure fléchie. On termine par une application de forceps en droite-postérieure à 6 h. 30 du soir.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 960, mesurant 51 centimètres, présentant un bi-pariétal de 8,6.

Allaitement mixte.

Suites de couches physiologiques.

Année 1909-1910

OBSERVATION N° 313

La nommée A. B., âgée de 29 ans, épouse B. ménagère, née à Valence (Espagne) primigeste. Entrée le 26 juillet 1910.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Sans intérêt.

Réglée à 12 ans.

Règles régulières.

Dernières règles le 1^{er} janvier 1910.

Pyélonéphrite au cours de la grossesse (urotropine et régime lacté).

Examen direct. — Taille petite.

Front large, chapelet rachitique, tibias légèrement arqués.

Hauteur utérine 35 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, petites parties à gauche, bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Col situé en arrière, ayant toute sa longueur, ramolli, orifice externe entr'ouvert.

Examendu bassin. - Promontoire accessible. Diamètre promonto sous-pubien : 10 cm. ; concavité sacrée exagérée.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2.

Introduction d'une bougie de Krause le 13 octobre à 11 heures du matin, premières douleurs à 2 heures du soir. La tête s'engage en droite antérieure, rupture tempestive des membranes, expulsion en occipito-pubienne à 8 heures du soir.

Enfant du sexe féminin, pesant 2 kgr. 510 mesurant 47 cm. et présentant un bi-pariétal de 8,6.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 314

La nommée M. F., âgée de 32 ans, épouse D. sans profession, née à M... (Hérault), V geste. Entrée le 10 octobre 1910.

Antécédents héréditaires. - Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Nourrie au sein, premiers pas à 15 mois.

Réglée à 13 ans.

Règles régulières durant 2 ou 3 jours.

1^e grossesse à 25 ans. Accouchement à terme après cinq jours de travail ; basiotripsie sur un gros enfant ; suites de couches normales.

2^e grossesse à 26 ans. Accouchement prématuré pro-

voqué à 8 mois (bougies de Krause), le travail dure 2 jours et se termine par une application de forceps pénible.

Enfant vivant du sexe féminin, nourrie au sein, bien portante.

3^e grossesse à 28 ans. Accouchement prématuré provoqué à 9 mois (bougies de Krause), accouchement laborieux présentation du siège, dilatation manuelle, abaissement du pied et extraction suivant la méthode habituelle.

4^e grossesse à 29 ans, interrompue par un avortement spontané au deuxième mois.

Dernières règles le 20 janvier.

Examen direct. — Faciès pâle, taille moyenne, squelette normal.

Hauteur utérine 33 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Col situé en arrière ayant toute sa longueur, ramolli, orifice externe entr'ouvert.

Examen du bassin. — Promontoire accessible à limite.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Le 13 octobre à 11 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause. Apparition des premières douleurs à 1 heure du soir, le sommet s'engage en position gauche antérieure, à 11 heures du soir expulsion en occipito-pubienne.

Enfant, du sexe masculin, pesant 3 kgr. 110, mesurant 52 cm., présentant un bi-pariétal de 9 cm.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Année 1910-1911

OBSERVATION 90

La nommée C. M..., âgée de 33 ans, épouse C., lingère, née à Saint-C... (Dordogne), primigeste, entrée le 12 janvier 1911.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte d'hémorragie cérébrale.

Antécédents personnels. — Aurait marché tard ; fièvre typhoïde il y a 6 ans.

Réglée à 11 ans 1/2.

Règles durant 3 ou 4 jours régulières.

Date des dernières règles, 24 avril 1910, dernier jour.

Premiers mouvements actif perçus fin octobre.

Examen direct. — Faciès normal, taille petite 1^m,42, squelette normal.

Hauteur utérine 32 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Col dans l'axe du vagin, diminué de longueur, ramolli, orifice externe fermé, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible. Diamètre promonto-sus-pubien = 10 cm., coccyx fortement porté en avant. Pelvimétrie externe ; diamètre bis-épineux = 20 cm. 5 ; diamètre bacrète = 24 cent.

On mesure la tête fœtale par le procédé de Perret et on évalue le diamètre bi-pariétal à 8 cm. 5.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 3/4.

Le 21 janvier, à 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause, apparition des premières douleurs à 8 heures du soir (très légères). Le travail ne progresse pas. Le 22 janvier, à 10 heures du matin, introduction d'une deuxième bougie, à une heure du soir le travail se déclare franchement. Le 23 janvier, M. Vallois décolle le segment inférieur de l'œuf aussi haut que possible. Le 24 janvier, les douleurs deviennent de plus en plus intenses, la tête s'engage en position transverse et en asynclitisme postérieur. On termine à 10 heures du matin par une application de forceps en gauche antérieure. Pendant l'extraction on perçoit nettement un ressaut indiquant la rétropulsion du coccyx.

Enfant du sexe féminin, pesant 2 kil. 460, mesurant 49 cm. présentant un bi-pariétal de 8,4.

Allaitement artificiel.

Suites de couches : infection légère n'ayant pas nécessité de traitement.

OBSERVATION 145

La nommée M. E..., 19 ans, épouse F., boulangère, née à Saint P... (Aveyron). III geste. Entrée le 16 mars 1911.

Antécédents : — Consulter observation n° 240 (1908-1909).

Dernières règles : 15 juillet 1910, dernier jour. Grossesse normale.

Examen direct. — Hauteur utérine = 31 cm.

Dos à droite, petites parties à gauche. Bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Col situé en arrière, ramolli, diminué de longueur. Orifices largement ouverts.

Examen du bassin. — Se référer à l'observation déjà citée (diamètre promonto-sous-pubien, 9,8).

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois.

Hauteur utérine 29 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur en position droite. Bruits du cœur bien frappés à droite.

Le 20 mars, à 11 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause, apparition des premières douleurs à une heure de l'après-midi, peu intenses. Le travail ne progressant pas, le 21, introduction d'une deuxième bougie de Krause. La dilatation progresse lentement et régulièrement. La tête s'engage en droite postérieure, rupture spontanée et tempestive des membranes, expulsion en occipito-pubienne à 7 h. du soir.

Enfant du sexe féminin : 1,630 gr., mesurant 40 cm. et présentant un bi-pariétal de 7 cm. 6. *Mort de l'enfant huit heures après l'accouchement*

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 217

La nommée D. B..., 29 ans, épouse B..., sans profession, née à A... (Aveyron), III geste, entrée le 16 juin 1911.

Antécédents héréditaires et personnels. — Sans intérêts.

Réglée à 15 ans.

Règles régulières durant quatre ou cinq jours, indolores.

1^{re} grossesse normale, accouchement à terme, terminée par une application de forceps difficile et laborieuse. Enfant mort dès le premier jour.

2° *grossesse* normale, accouchement à terme, ayant nécessité une céphalotripsie.

Dernières règles, 30 septembre 1910.

Premiers mouvements actifs : février 1911.

Grossesse normale.

Examen direct : Pas de masque, taille très petite, squelette thoracique normal, membres courts sans déformations notables.

Hauteur utérine : 36 centimètres.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Col situé en arrière, diminué de longueur, ramolli, orifice externe ouvert et déchiré.

Examen du bassin : Promontoire accessible; diamètre promonto-sous-pubien : 10 centimètres. L'exploration de l'arc antérieur du bassin donne l'impression d'un bassin généralement rétréci.

Pelvimétrie externe; diamètre bis-épineux : 18 centim.; diamètre bi-crête : 23.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

La mensuration de la tête, opérée par la méthode de Perret, donnerait un diamètre bi-pariétal égal à 8,5.

Le 21 juin 1911, à 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause, après décollement des membranes au niveau des segments inférieurs. A 6 heures du soir, le travail ne progressant pas, introduction d'une deuxième bougie, apparition des premières douleurs. A 7 h. 1/2 du soir, le travail progresse lentement.

Le 22 juin, rupture spontanée des membranes, la tête s'applique en gauche transverse et s'engage en asynclitisme postérieur.

Lé 23, expulsion en occipito-pubienne, à 4 h. 30 du matin.

Enfant du sexe masculin pesant 3 kg. 030, mesurant 49 centim. et présentant un bi-pariétal de 8 centim. 5.

Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 245

La nommée L. M..., épouse G..., ménagère, née à Montpellier, II geste, entrée le 10 juillet 1911.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans.

Règles régulières, indolores, durant trois ou quatre jours.

1^{re} grossesse normale, accouchement à terme; version. Enfant vivant, mort à 3 mois.

Suites pathologiques : lymphangite des deux seins; infection déclarée trois jours après l'accouchement; curetage.

Dernières règles, 12 novembre 1910, dernier jour.

Examen direct : Taille moyenne.

Hauteur utérine : 28 centimètres.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Varices vulvaires.

Col dirigé en arrière, segment inférieur normal.

Examen du bassin : Promontoire accessible; diamètre promonto-sous-pubien : 10 centimètres.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Le 31 juillet 1911, à 11 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause.

Hauteur utérine : 32 centimètres.

Sommet mobile en position droite. Bruits du cœur bien frappés à droite.

Au cours de l'introduction de la bougie, rupture d'une petite varice vulvo-vaginale, hémorragie qui cède à un tamponnement.

Premières douleurs dans l'après-midi.

Le 1^{er} août, le travail ne progressant pas, introduction d'une seconde bougie ; pas de contractions.

Le 2. Même état.

Le 3. Apparition de contractions assez intenses, rupture précoce des membranes.

Le 4. Après dilatation par la série des ballons de Champetier, extraction par une version.

Délivrance artificielle.

Enfant du sexe féminin, pesant 1 kg 770, mesurant 44 centimètres, et présentant un bi-pariétal de 7,8. Né en état de mort apparente, ranimé par les moyens habituels, *cet enfant n'a vécu que dix-sept heures.*

Suites de couches : infection légère n'ayant nécessité aucun traitement

Année 1911-1912

OBSERVATION N° 78

La nommée T. P... épouse V., couturière, 27 ans, née à P... (Hérault), VI geste, entrée le 10 janvier 1912.

Se rapporter à l'observation N° 226. (1908-1909).

Grossesse actuelle.

Dernières règles 5 mai 1911 (dernier jour).

Premiers mouvements actifs, octobre 1911.

Grossesse normale.

Examen direct. — Hauteur utérine 41 cm. Utérus fortement tendu, gênant la palpation.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur perçus à gauche.

Examen du bassin. — *Se rapporter à l'observation suscitée.* (Diam. promonto-sous-pubien, 10,5).

M. le professeur Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois et demi.

Le 27 janvier à 11 heures du matin, introduction d'une première bougie de Krause. Sommet mobile en position gauche. Hydramnios. Apparition des premières douleurs à 2 heures 1/2 du soir ; à 11 heures du soir, contractions intenses et rapprochées.

Le 28 janvier, à 6 heures du matin, les contractions sont plus espacées. Col ouvert comme deux francs. La poche des eaux fait saillie dans le col. A 11 heures, introduction d'une deuxième bougie.

Le 29 janvier à 6 heures du matin, les contractions sont intenses mais le col est toujours dans le même état. A 11 heures, M. Vallois examine la femme et trouve un col dilatable ; il complète la dilatation manuellement, rompt les membranes ; il s'écoule une très grande quantité de liquide amniotique.

On termine par une version. Les deux premiers temps sont très faciles, mais l'extraction de la tête dernière nécessite une manœuvre de Champetier très pénible.

L'enfant naît en état de mort apparente. Après avoir été ranimé par les procédés habituels, *il succombe douze heures après l'extraction.*

Enfant du sexe masculin pesant 3 kgr. 520, mesurant 52 cm. et présentant un bi-pariétal de 9,70. Une ponction lombaire pratiquée donne issue à du liquide hémorragique.

A l'autopsie de l'enfant, on constate à l'ouverture du crâne un vaste hématome au niveau de l'étage moyen de la base répondant à la région temporo-pariétale droite et se prolongeant jusqu'au côté gauche du trou occipital. On note également un léger enfoncement au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal droit.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION N° 102

La nommée V. O., 19 ans, couturière, née à S., (Sardaigne), primigeste. Entrée le 28 janvier 1912.

Mérite gonococcique en janvier 1912.

Réglée à 14 ans.

Règles régulières, peu abondantes et indolores.

Dernières règles dans les premiers jours de juin 1911.

Grossesse normale.

Examen direct. — Taille petite, squelette normal.

Hauteur utérine : 32 cm.

Tête en haut et à droite, dos à droite.

Bruits du cœur fœtal perçus à droite.

Col situé en arrière et à gauche, orifice externe légèrement entr'ouvert.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien : 10,5 ; courbure très marquée de l'arc antérieur.

Pelvimétrie externe : diamètre bis-épineux : 20 ; diamètre bi-crête : 24.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois et demi.

Le 27 février, on constate que le sommet est mobile en position gauche. Bruits du cœur bien frappés à gauche.

A 10 heures du matin, introduction d'une bougie de Krause.

Le 28, le travail ne se déclarant pas, introduction d'une seconde bougie de Krause. A 4 heures du soir, apparition des premières douleurs ; à 6 heures, col complètement effacé, dilaté comme un franc, les contractions sont intenses et rapprochées durant toute la nuit.

Le 29, à 8 heures du matin, rupture précoce des membranes ; écoulement abondant de liquide amniotique. La dilatation est comme deux francs. A 5 heures, le sommet s'engage en gauche antérieure avec asynclitisme postérieur. A 7 heures dilatation complète, le sommet est au niveau du détroit inférieur. A 8 h. 20, expulsion.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kgr. 620, mesurant 47 cm. présentant un bi-pariétal de 8,9.

Suites physiologiques.

OBSERVATION N° 220.

La nommée E. D., 26 ans, ménagère, née à St-B., (Hérault) primigeste. Entrée le 8 mai 1912.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Nourrie au sein, premiers pas à deux ans.

Réglée à 13 ans.

Règles régulières.

Dernières règles 29 septembre 1911, premier jour.

Grossesse normale.

Examen direct. — Taille petite. Le membre inférieur gauche a été atteint de paralysie infantile. Il est atrophié et inerte. Dans la marche il doit être suppléé par une bé-

quille. Quand elle est couchée, la femme ne peut déplacer ce membre qu'en le prenant avec la main.

Hauteur utérine : 35 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche, bruits du cœur fœtal perçus à gauche.

Col situé en avant et en haut, ramolli, et ayant toute sa longueur.

Orifice externe légèrement entr'ouvert.

Examen du bassin. — Promontoire accessible : diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. Courbure très prononcée de l'arc antérieur. Atrophie portant sur la moitié gauche du bassin.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 14.

Le 10 juin à 11 heures du matin, on essaie d'introduire une bougie de Krause. Le doigt, introduit au-dessus de l'orifice interne, éprouve de la difficulté à décoller les membranes. La bougie, dirigée dans divers sens, éprouve partout de la résistance et, au lieu de cheminer entre l'utérus et les membranes, elle tend à se recourber. On n'insiste pas. Il se produit alors un écoulement de sang assez abondant pour justifier la rupture des membranes. Écoulement peu abondant de liquide amniotique. L'après-midi, la femme perd encore un peu de sang. Pouls normal.

A 5 heures, on constate une flexion exagérée de la tête. Bien que toujours élevée, cette dernière semble s'appliquer sur le détroit supérieur. Pas de contractions utérines.

A minuit, apparition des premières douleurs qui deviennent bientôt intenses et rapprochées.

Le 11 juin à 5 heures du matin, dilatation presque complète. Le sommet est dans l'excavation en droite transverse, il semble que la branche ischio-pubienne empêche

la rotation de se faire. A 7 heures, expulsion en occipito-pubienne.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé par les procédés habituels.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kgr. 480 mesurant 50 cm. et présentant un bi-pariétal de 9 cm.

A l'examen de l'enfant on constate que les veines du crâne sont très dilatées ; les conjonctives sont fortement congestionnées ; légère déviation de la commissure droite de la bouche.

Une ponction lombaire pratiquée donne issue à un peu de sérosité sanguinolente.

L'enfant meurt 14 heures après l'expulsion.

A l'autopsie de l'enfant, on ne constate ni fracture, ni enfoncement des os du crâne. Pas d'épanchements sanguins, mais congestion très prononcée des méninges. Au niveau de la région lombaire, on trouve de petits caillots dans le canal rachidien.

Suites de couches physiologiques.

Année 1912-1913

OBSERVATION N° 74

La nommée N. B., âgée de 27 ans, épouse D., ménagère, née à C... (Hérault). 11 geste. Entrée le 22 décembre 1912.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Premiers pas à deux ans. Nourrie au sein maternel.

Réglée à 11 ans.

Règles régulières durant 5 jours environ, abondantes.

1^{re} grossesse en 1911, grossesse normale, accouchement

à terme, plusieurs applications de forceps qui aboutissent à l'extraction d'un enfant présentant une fracture de la voûte du crâne. L'enfant vit cependant pendant une heure. Suites physiologiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 13 au 20 avril 1912.

Examen direct. — Taille petite, tibias aplatis en lame de sabre,

Hauteur utérine 38 cm., sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche, petites parties à droite, bruits du cœur perçus à gauche.

Col dirigé en arrière, ramolli, ayant toute sa longueur.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien : 10,5. Arc antérieur normal, on atteint un faux promontoire sacré.

Pelvimétrie externe : diamètre bisépineux, 24 cm.; diamètre bi-crête, 27 cm.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1½.

Le 6 janvier à 11 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause. Sommet mobile en position gauche. Bruits du cœur bien frappés à gauche. A une heure du soir, apparition des premières douleurs, le travail progresse lentement, à 8 heures le col est dilaté comme 2 francs.

Le 7 janvier à 9 heures, rupture précoce des membranes, procidence du cordon, dilatation comme petite paume complétée avec une seule main, version, la tête dernière est extraite par une manœuvre de Champetier de Ribes très laborieuse.

L'enfant est facilement ranimé, il présente au niveau du pariétal gauche un enfoncement très net correspondant à la saillie du promontoire.

Enfant du sexe féminin pesant 3 k., mesurant 50 c. et présentant un bi-pariétal de 9 cm.

Allaitement maternel.

L'enfant se développe normalement.

Suites physiologiques.

OBSERVATION N° 96

Bassin rétréci. — Luxation congénitale unilatérale. — D. promonto-sous-pubien, 10.3: — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi. — Dilatation complétée par le procédé de Bonnaire. — Application de forceps dans l'excavation sur une tête en O. I. D. P.

La nommée E. J., 44 ans, primigeste, née à M.... (Hérault), couturière, entrée à la Maternité le 22 décembre 1912.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, premiers pas à 15 mois, nourrie au sein maternel.

Réglée à 11 ans.

Règles assez régulières durant 3 à 4 jours.

Dernières règles du 21 au 24 avril 1912.

Examen direct. — Faciès amaigri, taille petite, 1^m41.

Luxation congénitale gauche entraînant un raccourcissement de 6 cm.

Hauteur utérine, 34.

Par le palper on trouve une tête mobile au-dessus du détroit supérieur, le dos à gauche et les petites parties à droite.

Bruits du cœur nettement perçus à gauche.

Au toucher, col dirigé en arrière, ramolli, présentant toute sa longueur, orifice externe fermé, segment inférieur normal.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, diamè-

tre promonto sous-pubien : 10,3 ; arc antérieur normal, le côté gauche correspondant au côté de la luxation est beaucoup moins ample que le droit.

Pelvimétrie externe : D. bisépineux : 22 cm. 5 ; D. bi-crête : 25 cm.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi.

Le 13 janvier, M. Vallois introduit une bougie de Krause ; cette introduction est rendue un peu difficile par l'adhérence des membranes à la paroi utérine ; la bougie n'ayant pas déterminé de contractions, on place une seconde bougie le lendemain 16 janvier.

Le 17 on note quelques douleurs qui cessent d'ailleurs rapidement, on retire la bougie et rompt les membranes, il faut attendre jusqu'au 19 pour voir les contractions s'installer franchement, ce même jour, à 3 h. du soir, la dilatation est comme 5 fr., elle progresse très lentement ; à 10 h. du soir, la dilatation est comme une grande paume. Le 20 au matin, la dilatation ne progressant plus, M. Vallois décide de terminer l'accouchement. Il complète la dilatation par la méthode bimanuelle de Bonnaire et termine par une application de forceps dans l'excavation sur une tête en O.I.D.P.

L'enfant né en état de mort apparente est facilement ranimé par les procédés habituels.

Enfant du sexe masculin pesant 3 k. 100, mesurant 49 cm., présentant un bi-pariétal de 8,5.

La mère, pendant les suites de couches, a présenté des signes d'infection (injection intra-utérine, iodo-iodurée, badigeonnages iodés). La mère s'est complètement rétablie mais elle n'a pu nourrir son enfant, qui a été nourri artificiellement.

OBSERVATION N° 190

La nommée C. E., ménagère, 24 ans, née à C.... (Hérault).

Consulter l'observation 1906-1907, N° 186.

Nouvelle grossesse en 1913, la femme entre à la Clinique le 31 mars 1913.

A l'examen direct, on trouve une hauteur utérine de 35 cm., la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, le dos à gauche, les petites parties à droite, bruits du cœur perçus à gauche.

En raison de l'heureuse issue du premier accouchement prématuré provoqué et sur le désir nettement exprimé par la femme, M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré quelques jours avant huit mois.

Le fœtus est en position gauche, la tête est mobile et très élevée au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur, avant toute intervention, sont très lents (76 à 80 pulsations à la minute) mais régulièrement frappés.

Le 3 avril à 10 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause. Cette opération est gênée par l'adhérence des membranes au segment inférieur, les membranes se rompent pendant les manœuvres,

La femme dort pendant la nuit du 3 au 4. Le 4 avril, même état. M. Vallois retire la bougie devenue inutile du fait de la rupture des membranes. Apparition des contractions à 8 h. 40 du soir. Le col est très élevé et a toute sa longueur, les bruits du cœur sont toujours lents mais bien frappés.

Le 5 avril, malgré des contractions intenses et rapprochées, le col a encore toute sa longueur, à 8 h. 30 le col est effacé et dilaté comme un franc.

Le 6 avril, à 7 h. du matin, la dilatation est comme grande paume. Le sommet fortement fléchi s'engage en droite antérieure.

Expulsion à 7 h. 25 du matin.

Enfant du sexe féminin pesant 2 k. 250, mesurant 45 centimètres et présentant un bi-pariétal de 8 c. 2.

Allaitement maternel.

L'enfant ausculté dans les premiers jours qui suivent sa naissance, présente un nombre normal de pulsations (120).

Suites physiologiques pour la mère et pour l'enfant.

OBSERVATION 223

La nommée L. S..., 35 ans, épouse E., ménagère, née à N... (Hérault), III geste. Entrée le 1^{er} avril 1913.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, nourrie au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas.

Réglée à 16 ans.

Règles régulières durant 3 ou 4 jours, peu abondantes.

1^{re} grossesse il y a 12 ans, albuminurie, accouchement à terme, éclampsie au cours du travail, application de forceps très pénible ; enfant mort ; suites physiologiques.

2^{me} grossesse il y a 9 ans, normale, accouchement à terme ; enfant mort ; phlébite puerpérale.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 14 au 17 août 1912. Date des premiers mouvements actifs en janvier.

Examen direct. — Faciès pâle.

Taille moyenne, squelette normal.

Hauteur utérine: 31 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur en position gauche.

Col situé en arrière, ramolli, diminué de longueur. Orifice externe entr'ouvert et déchiré.

Examen du bassin. — Promontoire accessible.

Diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm.

Courbure marquée de l'arc antérieur.

Pelvimétrie externe ; bis-épineux : 23 cm., bi crête : 26 cm. 5.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois 1/4.

Le 30 avril 1913. à 11 heures du matin, M. Vallois introduit très facilement une bougie de Krause. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur en position gauche. Bruits du cœur bien frappés à gauche.

Apparition des premières douleurs à midi ; durant toute la nuit, contractions intenses et rapprochées.

Le 1^{er} mai, à 6 du matin, col effacé, dilaté comme deux francs, membranes intactes.

1 h. 40 du soir, rupture précoce des membranes ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique, on retire la bougie, dilatation comme petite paume, bruits du cœur bien frappés.

6 h. du soir dilatation comme grande paume, les douleurs jusque là intenses et rapprochées, s'espacent. La femme vomit ; ses vomissements, d'abord sans caractères spéciaux et seulement striés de quelques trainées sanglantes, deviennent bientôt noirâtres et très abondants. Le poulx est à 120 pulsations mais le faciès reste normal.

8 h. du soir, M. Vallois appelé, décide de terminer l'accouchement. Il constate une présentation du front ; il atteint nettement le nez à l'extrémité droite du diamètre transverse. Application de forceps oblique quant à la tête et

oblique quant au bassin. La tête ne peut pas être abaissée. Sans insister davantage on retire le forceps et on pratique une version, le premier temps de cette intervention est difficile. La version proprement dite s'effectue normalement, la tête dernière est extraite par une manœuvre de Champetier assez laborieuse.

Délivrance naturelle. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Durant toute la nuit qui suit l'accouchement, la femme continue à vomir, le pouls est à peine perceptible, la température reste aux environs de 37°.

Le 2 mai, les vomissements cessent mais l'état nauséux persiste, le ventre est souple, la malade ne rend ni gaz, ni matières, un lavement administré est rejeté à peine teinté de quelques débris noirâtres, mictions normales. Dans la nuit du 2 au 3 mai, les vomissements reparaissent franchement bilieux. Dans la matinée du 2 au 3 mai, ces vomissements persistent, le pouls, toujours très rapide, est un peu mieux frappé. Le ventre est ballonné, dur et douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, on envisage l'hypothèse d'une occlusion intestinale de cause inconnue. Les divers orifices herniaires ont été, bien entendu, soigneusement vérifiés.

Néanmoins, avant toute thérapeutique active, M. Vallois fait mettre la femme en position ventrale (position de Schnitzler), cette position est d'abord difficilement acceptée et il faut insister beaucoup pour la faire conserver. Mais, au bout de quelques instants, les vomissements cessent ; émission de gaz par la bouche suivie d'un soulagement immédiat très nettement accusé.

Dans la journée, la malade rend des matières et des gaz.

Enfant de sexe féminin pesant 3 kil. 200., mesurant 49 cm. et présentant un bi-pariétal de 9,3.

L'enfant est né en état de mort apparente ; on l'a ramené assez rapidement par les moyens ordinaires. On remarque sur toute la région accessible (grande fontanelle, front, nez et joues) de la tuméfaction et une teinte ecchymotique. L'enfant présente quelques jours après sa naissance du sclérème localisé à la région sus-pubienne ; il est mis en couveuse et ces phénomènes rétrocedent assez rapidement. Suites de couches physiologiques.

Allaitement mixte au début, ensuite complètement maternel.

OBSERVATION 277

La nommée M. H..., épouse F., sans profession, née à S.-P... (Aveyron), âgée de 21 ans. IV geste. Entrée le 9 juin 1913 (consulter les observations 1908-1909, n° 240 ; 1910-1911, n° 145).

Grossesse actuelle normale.

Dernières règles du 1^{er} au 4 octobre 1912.

Examen direct. — Consulter les observations ci-dessus.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur ; dos à gauche, petites parties à droite.

Bruits du cœur bien perçus à gauche.

Col situé en arrière, ramolli, orifices entr'ouverts.

Examen du bassin. — Diamètre promonto-sus-pubien : 9cm.8. Arc antérieur normal. Diamètre bis-épineux ; 24cm ; diamètre bi-crête : 27 cm.

M. Vallois décide de pratiquer un accouchement prématuré à 8 mois. Le 10 juin 1913, introduction d'une bougie de Krause. Le 11 juin, à 11 h. 20, le travail ne se

déclarant pas, on introduit une deuxième bougie. A 6 h. du soir, la femme saigne. M. Vallois retire les bougies et rompt largement les membranes. A 8 h. du soir, le col a encore une partie de sa longueur, il est néanmoins souple et dilatable. A 11 h. du soir, les contractions apparaissent intenses et rapprochées, l'expulsion spontanée a lieu à minuit 20. L'enfant du sexe féminin pèse 2 kil. 430, mesure 48 cm., présente un bi-pariétal de 8,3. La mensuration de la tête pratiquée avant l'intervention par la méthode de Perret avait donné le même chiffre.

Allaitement maternel. Suites physiologiques.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Années 1906-1907

OBSERVATION 273

Opération césarienne itérative à terme au début de travail
pour rétrécissement pelvien

La nommée M. B..., 34 ans, épouse T., ménagère née à St-A... (Tarn) Il geste, entrée le 21 août 1907.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, premiers pas à un an, aurait eu ensuite un arrêt dans la marche, après lequel l'enfant aurait été obligé de se servir de béquilles jusqu'à l'âge de 7 ans.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 15 ans.

Examen direct. — Taille petite, 1 m. 20.

Examen du squelette. — Bosses pariétales saillantes, menton en galoche, sternum bombé, fémurs très courts, tibias incurvés à concavité externe, arêtes tibiales très saillantes.

Examen du bassin. — Promontoire accessible.

Diamètre promonto-sous-pubien : 8, 4.

Le toucher donne l'impression d'un bassin aplati et généralement rétréci, épines sciatiques très accessibles, les cavités cotyloïdes font saillie à l'intérieur du bassin. On

atteint également une série de faux promontoires sacrés.

Pelvimétrie externe : Diamètre de Baudelocque : 15 cm.
Diamètre bi-épineux 26 cm. Diamètre bi-crête :

1^{re} grossesse en 1905, terminée par une opération césarienne à terme à la Clinique obstétricale de Montpellier.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme, mais avant tout début de travail, et, se basant sur les dernières règles, fixe la date du 7 au 9 septembre 1907.

Les premières douleurs apparaissent le 4 au matin, elles sont calmées par un lavement laudanisé, néanmoins pour n'être pas surpris par le travail, M. Vallois décide d'intervenir le lendemain matin, 5 septembre.

Nous signalerons comme particularité de l'intervention une adhérence épiploïque provenant de la première opération et qui est incisée entre deux pinces. On aperçoit très nettement sur la face antérieure de l'utérus la marque des fils de la première opération. M. Vallois a soin de ne pas faire coïncider l'incision avec cette cicatrice.

Enfant du sexe masculin pesant 3 kg. 070, mesurant 49 cm. et présentant un bi-pariétal de 9,2.

Suites opératoires bonnes, les crins de Florence ont été enlevés le dixième jour. Vers le douzième jour, élévation de la température due à de la rétention intestinale et cédant à une purgation. La femme se lève le 23^{me} jour et quitte le service le 26^{me}, complètement guérie.

La mère n'ayant pas eu de lait, l'enfant a été nourri par une nourrice du service.

Année 1908-1909

OBSERVATION 220

Opération césarienne à terme avant tout début de travail pour rétrécissement pelvien.

La nommée L. R... 24 ans épouse G. née à Cherbourg
Il geste, entrée le 3 mai 1909.

Antécédents personnels : aurait marché à 15 mois ?

Rougeole à 14 ans.

Réglée à 17 ans 1/2.

Règles irrégulières durant 7 jours environ.

1^{re} grossesse à 21 ans, accouchement à terme terminé
par une basiotripsie à la Maternité de Cherbourg.

Date des dernières règles, 24 septembre 1908 (dernier
jour). Pense être devenue enceinte le 26 septembre.

Evolution de la grossesse : Depuis deux mois environ,
étourdissements survenant tous les deux ou trois jours et
se manifestant après les repas.

Examen direct : Masque très marqué, taille 1^m46. Sque-
lette normal. Hauteur utérine = 29 cm.

Sommet très mobile au-dessus du détroit supérieur.
Dos à droite, petites parties à gauche. Bruits du cœur
bien frappés à droite. Col ramolli ayant toute sa longueur.
Orifice externe entr'ouvert.

Examen du bassin : Promontoire très accessible.
Diamètre promonto-sous-pubien = 9, 5. Pelvimétrie
externe : diamètre bis-épineux = 20,5 diamètre bi-crête
= 25 cm.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme avant tout début de travail et fixe la date de l'opération au 25 juin.

L'opération ne présente aucune particularité notable, enfant du sexe féminin pesant 2 kg 940, mesurant 45 cm et présentant un bi-pariétal de 9 cm 6.

Suites opératoires excellentes. On enlève les crins le 12^m jour, la femme se lève le 22^e jour et quitte le service le 29^e complètement rétablie.

Année 1909-1910

OBSERVATION N° 325

Opération césarienne à terme avant tout début de travail pour rétrécissement pelvien

La nommée G. L..., 25 ans, domestique, née à Sisteron, entrée le 10 octobre 1910.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein par sa mère. Premiers pas à 14 mois, mais cesse bientôt de marcher ; la marche n'est reprise qu'à l'âge de 7 ans. L'enfant aurait gardé la position assise pendant ce laps de temps.

Réglée à 15 ans.

Règles durant quatre jours, régulières.

Dernières règles du 8 au 12 janvier ?

Examen direct : Taille 1 m. 38.

Examen du squelette : front olympien, léger chapelet rachitique, fémurs et tibias en parenthèses.

Hauteur utérine = 37 centimètres.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dos à gauche, petites parties à droite. Bruits du cœur nettement perçus à gauche.

Col ramolli, ayant toute sa longueur, orifice externe entr'ouvert. Segment inférieur normal.

Examen du bassin : Promontoire saillant et très accessible.

Diamètre promonto-sous pubien = 9 centimètres.

Concavité sacrée peu marquée.

Pelvimétrie externe : Diamètre bis-épineux = 24 centimètres ; diamètre bi-crête = 26.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme et avant tout début de travail, et fixe l'opération au 21 octobre.

A noter seulement que l'incision utérine coïncide avec l'insertion placentaire, il se produit au moment de l'incision une hémorragie assez abondante mais qui cède dès la suture utérine.

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 360 et présentant un bi-pariétal de 9 centimètres. L'enfant ne présente aucun trouble, il crie et respire de suite.

Allaitement au biberon.

Suites opératoires excellentes, on enlève les points le douzième jour. La montée laiteuse n'a lieu que le sixième jour, elle est insignifiante et la mère ne peut nourrir son enfant.

L'enfant, d'aspect vieillot, de poids disproportionné avec celui du placenta (530 gram. pour 2 kgr. 360), augmente lentement, puis diminue de poids, il présente en outre du coryza. On institue un traitement mercuriel (frictions à l'onguent napolitain) qui donne les meilleurs résultats.

La mère et l'enfant quittent le service le 1^{er} décembre.

Année 1910-1911

OBSERVATION N° 3

Opération césarienne à terme avant tout début de travail
pour rétrécissement pelvien

La nommée T..., 18 ans, domestique. Entrée le 29 octobre 1910.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans.

Règles irrégulières, durant 5 à 6 jours.

Dernières règles le 2 février 1910 (dernier jour).

Examen direct. — Taille petite. Squelette normal.

Hauteur utérine = 35 centimètres.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dos à gauche, petites parties à droite, bruits du cœur bien perçus à gauche.

Promontoire accessible.

Diamètre promonto-sous-pubien = 9,3.

Face antérieure du sacrum peu concave.

Pelvimétrie externe : Diamètre bis-épineux = 23,5.

Diamètre bi-crête = 26,5.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme et avant tout début de travail, et fixe la date de l'opération au 5 novembre 1910.

L'intervention ne présente rien de particulier.

A noter que, comme dans l'observation précédente, l'incision utérine coïncide avec l'insertion placentaire.

Enfant du sexe masculin pesant 3kgr. 300, mesurant 52 centimètres et présentant un bi-pariétal de 9 cm. 3.

L'enfant a besoin d'être ranimé, mais il ne tarde pas à respirer et à crier.

Légère élévation de température au début qui cède rapidement à des lavements répétés. Le poulx et la température reviennent à la normale.

Les suites opératoires sont des plus régulières.

Montée laiteuse le 2^e jour, allaitement maternel.

La mère et l'enfant quittent la Maternité le 10 décembre 1910.

OBSERVATION 209

Opération césarienne itérative à terme avant tout début de travail pour rétrécissement pelvien

La nommée C. M..., âgée de 18 ans, domestique, née à Rodez (Aveyron) : entrée le 30 avril 1911.

Antécédents personnels : nourrie au sein, premiers pas à 12 mois. La marche devient impossible vers 2 ans 1/2 ou 3 ans. Des déformations se produisent malgré le séjour au lit. — Deux ans après, l'enfant se lève, marche et les déformations s'accroissent.

Réglée à 10 ans.

Règles régulières durant 8 jours ; abondantes.

1^{re} grossesse à 15 ans, opération césarienne après le début du travail (à la Maternité de Rodez). L'enfant, du sexe féminin, a été nourri au sein maternel, il est bien portant.

Dernières règles, 18 septembre 1910, dernier jour.

Examen direct : taille petite 1^m 27.

Examen du squelette : déformation très considérable des membres inférieurs ; membre droit : fémur incurvé à concavité antérieure, tibia en lame de sabre ; membre gauche : incurvé en S italique, même déformation que le membre droit avec en plus un genu-valgum. Pas de chapelet thoracique, claudication.

Hauteur utérine 28 cm.

Tête fœtale mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à droite, petites parties à gauche. Bruits du cœur bien perçus à droite.

Col situé en arrière peu diminué de longueur. Orifices ouverts, bords déchirés.

Examen du bassin : Promontoire accessible. Diamètre promonto sus-pubien = 9,6. Faux promontoire sacré, au dessous duquel la concavité sacrée est très prononcée, pointe sacro-coccygienne en hameçon, courbure marquée de l'arc antérieur, le côté droit de l'excavation semble moins spacieux.

La tête mesurée, le 27 mai, par la méthode de Perret, accuse un bi-pariétal de 8 cm 8.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme avant tout début de travail, l'opération est fixée au 18 juin.

Le 14 juin, il s'écoule des glaires assez abondantes ; même état, le 15. Afin de ne pas se laisser surprendre par les contractions et surtout parce qu'il s'agit d'une femme qui a déjà subi l'opération césarienne, M. Vallois décide d'opérer le lendemain.

Le 16, opération césarienne, on retrouve sur la face antérieure de l'utérus la marque des points de suture de la première opération. M. Vallois évite de faire coïncider son incision avec cette cicatrice.

Enfant du sexe masculin pesant 3 kg 400 mesurant 52 cm., et présentant un bi-pariétal de 9,6.

Suites opératoires excellentes, les fils sont enlevés le 11^e jour. Allaitement maternel.

OBSERVATION N° 279

Opération césarienne itérative 40 heures après le début du travail

La nommée B. A... épouse M..., âgée de 22 ans, née à Toulouse, Il geste, entrée le 12 septembre 1911.

Antécédents personnels : a eu la fièvre typhoïde étant jeune, nourrie au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas.

Réglée à 13 ans.

Règles régulières, peu abondantes, durant 3 ou 4 jours.

Première grossesse il y a 3 ans, normale, opération césarienne (pratiquée à Toulouse) au cours du travail, les membranes rompues (succès pour la mère et l'enfant).

Grossesse actuelle : Ignore l'âge de ses dernières règles.

Examen direct : taille petite.

Déformation marquée des membres inférieurs et en particulier des tibias.

Le fœtus se présente en position gauche, sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur sont très nettement perçus à gauche.

Au moment de l'intervention, la dilatation est complète ; le travail a débuté depuis 40 heures, et les membranes sont rompues depuis 30 heures.

La femme a été touchée par une sage-femme et par un médecin qui a tenté inutilement une application de forceps au détroit supérieur.

M. le professeur agrégé J. Delmas, remplaçant M. le professeur Vallois, renonce à la basiotripsie en raison des battements très nets du cœur fœtal et à la pubiotomie parce qu'on ignore le degré de la viciation.

Il décide de pratiquer une césarienne que l'on fera conservatrice en raison de l'absence de tout signe d'infection.

L'opération ne présente aucune particularité, on ne retrouve aucune trace de la première césarienne.

L'enfant extrait, du sexe féminin pèse 2 kg. 730, mesure 50 cm. et présente un bi-pariétal de 8 cm. 5.

Suites opératoires normales.

Allaitement maternel.

La mère et l'enfant sortent le 7 octobre.

L'examen du bassin pratiqué avant la sortie de la femme donne les chiffres suivants :

Diamètre promonto-sous-pubien = 8,5,

Diamètre bis-épineux = 22,5.

Diamètre bi-crête = 24,5.

OBSERVATION N° 300

Opération césarienne au début du travail

La nommée M..., 38 ans, II geste, entrée le 5 octobre 1911.

Antécédents personnels : bonne santé habituelle.

Réglée à 16 ans.

Règles régulières durant deux jours.

Première grossesse : Accouchement à terme terminé par une application de forceps, enfant mort.

Date des dernières règles du 10 au 15 janvier 1911.

Examen direct : Taille, 1 m. 32.

Squelette présentant quelques déformations rachitiques, tibias incurvés.

Hauteur utérine = 36 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur dos à gauche

petites parties à droite. Bruits du cœur bien frappés à gauche.

Col en arrière et à gauche, ramolli, diminué de longueur, orifice externe entr'ouvert.

Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien = 8.6. Courbure très marquée de la partie inférieure du sacrum.

Le 10 octobre à midi, la femme accuse quelques douleurs. Le 11 octobre, les douleurs, qui avaient cessé, réapparaissent.

En raison de ce début de travail, M. Vallois décide de pratiquer l'opération césarienne dans l'après-midi. L'opération ne présente aucune particularité, si ce n'est que l'incision de l'utérus coïncide avec l'insertion placentaire.

Enfant du sexe féminin pesant 3 k. 080, mesurant 48 c. présentant un bi-pariétal de 9 c. 2.

Suites opératoires excellentes pour la mère et l'enfant. Allaitement maternel.

OBSERVATION N° 313

**Opération césarienne à terme avant tout début de travail
pour rétrécissement pelvien.**

La nommée V. L., épouse R., née à La R. (Tarn).

III geste, entrée le 2 septembre 1911.

Antécédents personnels. — Premiers pas à 4 ans, fièvre typhoïde à 22 ans.

Réglée à 17 ans.

Règles irrégulières, durant 3 ou 4 jours, peu abondantes.

1^{re} grossesse il y a 7 ans, terminée par une application de forceps. Enfant mort.

2^e grossesse il y a 6 ans. Enfant à terme, présentation du siège, enfant mort.

Dernières règles 22 janvier 1911, dernier jour.

Traces d'albumine au cours de la grossesse.

Examen direct. — Masque peu marqué.

Taille petite, squelette normal.

Hauteur utérine 37 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Bruits du cœur bien perçus.

Col dirigé en arrière ayant toute sa longueur, ramolli, déchiré, orifice externe entr'ouvert.

Examen du bassin. — Promontoire accessible, diamètre promonto-sous-pubien 9 cm.

Pelvimétrie externe, diamètre bis-épineux 26 cm., diamètre bi-crête 27 cm.

M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme avant tout début de travail et fixe la date de l'opération au 20 octobre 1911.

A signaler seulement que l'incision utérine coïncide avec l'insertion placentaire.

Enfant du sexe masculin pesant 2 k. 870, mesurant 50 centimètres et présentant un bi-pariétal de 9,3.

Suites opératoires : dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac cédant immédiatement et définitivement à la position ventrale (de Schnitzler). Légère suppuration due à un catgut.

Allaitement maternel.

Sortie de la mère et de l'enfant le 24 décembre 1911.

Année 1912-1913

OBSERVATION N° 77

Opération césarienne à terme au cours du travail,
rétraction de l'anneau de Bandl,

La nommée M. F., 33 ans, épouse B., née à M. (Tarn),
III geste. Entrée le 18 décembre 1912.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.
Nourrie au sein maternel, premiers pas à 15 mois, puis
arrêt de la marche et n'aurait plus marché qu'à 5 ans.

Réglée à 15 ans.

Règles régulières, durant 4 jours, peu abondantes.

1^{re} grossesse il y a 3 ans, normale, terminée par un
accouchement prématuré spontané, très rapide, ayant
donné naissance à un enfant mort.

2^e grossesse il y a 2 ans, normale, accouchement ter-
miné par une application de forceps très laborieuse ayant
amené un enfant mort par fracture du crâne.

Suites physiologiques.

Dernières règles du 18 au 22 avril 1912.

Premiers mouvements actifs vers le 15 septembre.

Examen direct. — Taille petite.

Examen du squelette. — Pas de déformation crânienne,
nez aplati transversalement, thorax bombé, chapelet cos-
tal, fémurs courts légèrement arqués, tibias aplatis, in-
curvés, à concavité externe gauche, le tibia gauche est
plus incurvé que le droit.

Hauteur utérine 32 cm.

Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à

gauche, petites parties à droite, bruits du cœur perçus à gauche.

Col dirigé en arrière, ramolli, ayant toute sa longueur, orifice externe entr'ouvert.

Examen du bassin. — Promontoire accessible.

Diamètre promonto-sous-pubien : 9,6.

On atteint également un faux promontoire sacré, arc antérieur normal.

Pelvimétrie externe : diamètre bis-épineux 25 cm., diamètre bi-crête 26,5.

Vers le 5 ou 6 janvier, la femme tousse beaucoup, à l'auscultation on entend des râles ronflants et sibilants en avant et en arrière dans toute la hauteur de la poitrine. On prescrit le repos au lit et une potion à la terpine.

En raison du degré de viciation pelvienne et de l'issue des accouchements antérieurs, M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne à terme et avant tout début de travail.

L'opération est fixée au 24 janvier 1913, mais, le 8 janvier, à 4 h. du matin, en allant à la selle, la femme se sent mouillée et perd du liquide amniotique en assez grande abondance.

La hauteur utérine est de 34 cm., le sommet est mobile en position gauche, débordant nettement le rebord supérieur de la symphyse, bruits du cœur bien frappés à gauche.

Au toucher, on trouve un col long et largement ouvert, on atteint des membranes flasques au niveau de l'orifice interne.

Dans ces conditions, M. Vallois décide de laisser aller le travail pour faire bénéficier la femme des chances d'un accouchement prématuré spontané.

Le 9 janvier, le col est épais, très dilatable et ouvert comme grande paume, les contractions sont intenses et rapprochées. Le segment inférieur semble se mouler sur la tête qui reste élevée.

L'utérus affecte une forme bilobée, en sablier, qui se dessine très nettement sur la paroi abdominale. Le pouls et la température sont normaux. L'accouchement spontané paraît dès lors impossible, et M. Vallois décide de pratiquer immédiatement l'opération césarienne. Anesthésie générale au chloroforme en raison de la bronchite signalée.

L'opération s'effectue normalement, mais, au moment de l'extraction de la tête, cette dernière est retenue par l'anneau de Bandl rétracté; il faut pour l'extraire agrandir l'incision du côté du segment inférieur et pratiquer une manœuvre de Mauriceau.

Enfant du sexe féminin pesant 3 k. 250, mesurant 49 centimètres et présentant un bi-pariétal de 9,4.

L'enfant a crié presque de suite, il n'a pas eu besoin d'être ranimé,

Suites opératoires excellentes, on enlève les crins de Florence le 11^e jour, l'opérée se lève le 21^e complètement rétablie.

Allaitement maternel.

L'enfant se développe normalement.

Sortie de la mère et de l'enfant le 8 février 1913.

OBSERVATION 174

La nommée J. F..., âgée de 25 ans, domestique, née à Saint-Affrique (Aveyron), primigeste, entrée le 18 novembre 1912.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, nourrie au biberon, ignore l'âge de ses premiers pas.

Réglée à 15 ans, règles irrégulières, manquant quelquefois pendant deux ou trois mois, durant deux jours environ, peu abondantes.

Croit avoir eu ses dernières règles fin mai 1912, mais ne peut pas préciser.

Faciès pigmenté, taille petite, 1^m43. Crâne volumineux front olympien, racine du nez écrasée, thorax légèrement bombé, membres supérieurs sans nouures, normaux, pas de déformations importantes du squelette des membres inférieurs.

La hauteur utérine était de 23 centimètres, le 20 novembre 1912 ; de 38 centimètres le 18 mars 1913.

Par le palper on trouve un sommet mobile en position gauche ; les bruits du cœur sont très bien perçus à gauche.

Examen du bassin : promontoire accessible, le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 centimètres. L'examen de l'arc antérieur du bassin donne l'impression d'un bassin plat.

Pelvimétrie externe. Diamètre bis-épineux : 23.

— — — Diamètre bi-crête : 27.

Pas d'albumine dans les urines.

Comme on est incertain sur l'âge de la grossesse, M. Vallois décide de ne pas recourir à l'accouchement prématuré provoqué, mais d'attendre le travail.

En raison du degré relativement minime du rétrécissement (promonto-sous-pubien : 10 cent.) on n'interviendra que si l'accouchement spontané est reconnu impossible.

Les premières douleurs apparaissent le 17 mars, le fœtus est toujours en position gauche, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, on trouve le

col en voie d'effacement, la femme perd des glaires sanguinolantes, les douleurs sont peu intenses et espacées, les bruits du cœur sont bien frappés à gauche.

Le travail et la dilatation progressent très lentement, la dilatation n'est complète que le 22 mars au matin. On rompt alors les membranes, la tête essaie de s'engager en position transverse par asynclitisme. Après plus de deux heures d'attente, la position de la tête ne se modifiant pas, les douleurs subintrantes restant inefficaces, M. Vallois croit devoir pratiquer la section césarienne.

L'opération s'effectue très normalement suivant la technique indiquée. L'incision utérine coïncide avec l'insertion placentaire, mais n'entraîne pas d'incidents fâcheux. L'hémorragie est facilement arrêtée par la suture de la tranche utérine.

L'enfant extrait est un garçon pesant 3 kil. 060, mesurant 50 cent., présentant un bi-pariétal de 9 cent. 3

Suites opératoires excellentes.

Montée laiteuse insignifiante; l'allaitement maternel ne pouvant pas être institué, allaitement artificiel.

OBSERVATION 233

Opération Césarienne au début du travail

La nommée E. P..., épouse V., âgée de 29 ans, née à P... (Hérault).

Consulter les observations : 226, 1908-1909 ; 78, 1911-1912.

VII. geste.

Le passé obstétrical de cette femme est assez intéressant pour que nous le résumions ici.

Après deux avortements et deux grossesses terminées

par des applications de forceps laborieuses, ayant entraîné la mort de l'enfant, Mme V... vient à la Clinique espérant avoir un enfant vivant. Une première, fois on pratique un accouchement prématuré à huit mois et demi, mais, par suite sans doute d'une erreur dans la date des dernières règles, l'enfant amené ne pèse que 1900 grammes et ne survit que quelques heures.

A la grossesse suivante, la femme étant cette fois très affirmative sur la date de ses dernières règles, on pratique un nouvel accouchement prématuré; mais, cette fois, l'enfant est très volumineux (3 kg. 950, bi-pariétal 9 cm 7) et ne peut être extrait que par une version nécessitant une manœuvre de Champetier très pénible; il succombe 12 heures après l'accouchement.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, du 25 au 30 juillet 1912.

En raison des particularités présentées par l'histoire obstétricale de cette femme et malgré le degré relativement peu prononcé de la viciation (diamètre promonto-sous-pubien 10,5), M. Vallois décide de pratiquer une opération césarienne; cette dernière, d'autre part, est réclamée par la femme. Afin de mettre l'enfant dans les meilleures conditions, on décide d'attendre les premières douleurs pour opérer.

Apparition des premières douleurs le 8 mai, à 6 heures du matin. La hauteur utérine est alors de 39 cm., le fœtus en position gauche, tête mobile au-dessus du détroit supérieur, bruits du cœur bien frappés à gauche, la femme est immédiatement préparée et opérée à 9 heures du matin. Nous signalerons simplement comme particularités de cette intervention que l'incision utérine coïncide

avec l'insertion placentaire, hémorragie abondante qui cesse dès la suture de la plaie utérine.

L'enfant extrait du sexe féminin, pèse 4 kg. 120, mesure 52 cm., présente un bi-pariétal de 9 cm. 5.

Allaitement maternel.

Jusqu'au 21^{me} jour les suites opératoires ont été bonnes. Pouls normal. Pas d'élévation de la température. A ce moment, il s'est déclaré une phlébite de la saphène externe du membre inférieur gauche. Cette dernière évolue sans complication.

**Accouchements prématurés pratiqués pour rétrécissement
pelvien à la Clinique obstétricale du 1^{er} janvier 1906 au
15 juin 1913.**

Année et Numéros de l'Observation	DEGRE DU RETRECISSEMENT		DATE DE LA GROSSESSE	POIDS DES ENFANTS	SORT DES ENFANTS	
	D. promonto. sous-pubien	DIAMÈTRE UTILE				
1906-99	142	10	8,5	8 mois 1/4	2470	Vivant
	179	9,7	8,2	8 mois	2100	Mort
	186	9,5	8	7 mois 3/4	2480	Vivant
	198	10,5	9	8 mois 3/4	2950	Mort 8 j. après
	228	10,5	9	à terme	2780	Vivant
1907-08	11	10	8,5	8 mois 1/4	3020	Vivant
	61	10,5	9	7 mois 3/4	2900	Vivant
	78	10,6	9,1	8 mois	3140	Vivant
	108	10,5	9	8 mois 3/4	2250	Vivant
	141	10,5	9	8 mois 1/2	2900	Vivant
	169	10,2	8,7	8 mois 1/2	2360	Vivant
	204	10	8,5	8 mois 1/2	2100	Vivant
1908-09	39	10	8,5	8 mois 1/2	3160	Vivant
	70	10	8,5	8 mois 1/2	2550	Vivant
	192	10,5	9	8 mois 3/4	2560	Mort
	226	10,5	9	8 mois 3/4	1900	Mort
	240	9,8	8,3	8 mois	2630	Vivant
	242	10,3	8,8	8 mois 1/2	2960	Vivant
1909-10	313	10	8,5	8 mois 1/2	2510	Vivant
	314	à limite.	à limite.		3110	Vivant
1910-11	90	10	8,5	8 mois	2460	Vivant
	145	9,8	8,3	8 mois 1/2	1630	Mort
	217	10	8,5	8 mois 3/4	3030	Vivant
	245	10	8,5	8 mois 1/2	1770	Mort
1911-12	78	10,5	9	8 mois 1/2	3520	Mort
	112	10,5	9	8 mois 1/2	2620	Vivant
	220	10	8,5	8 mois 1/4	2480	Mort
1912-13	74	10,5	9c.	8 mois 1/2	3000	Vivant
	96	10,3	8,8	8 mois 1/2	3100	Vivant
	190	9,5	8c	7 mois 3/4	3250	Vivant
	223	10	8,5	8 mois 1/4	3200	Vivant
	577	9,8	8,3	8 mois	2430	Vivant

Opérations césariennes conservatrices pratiquées pour rétrécissement pelvien à la Clinique obstétricale du 1^{er} janvier 1906 au 15 juin 1913.

Année et numéro de l'Observation	DEGRE DU RÉTRÉCISSEMENT		Moment où a été pratiquée l'opération	POIDS de l'enfant	Diamètre bi-pariétal	RÉSULTATS
	D. promonto sous-pubien	DIAMÈTRE UTILÉ				
1906-07 } 273	8,4	6,9	Début de travail	3,070	9,2	Succès pour la mère et pour l'enfant
1908-09 } 220	9,5	8	Avant tout début de travail	2,940	9,6	Idem
1909-10 } 325	9	7,5	Avant tout début de travail	2,360	9	Idem
1910-11	3	9,3	Avant tout début de travail	3,300	9,3	Idem
	209	9,6	Idem	3,400	9,6	Idem
	279	8,5	40 h. après le début de trav.	2,730	8,5	Idem
1912-13	300	8,6	Au début de travail	3,080	9,2	Idem
	313	9	Avant tout début de travail	2,870	9,3	Idem
	77	9,6	Au cours de trav., tardive	3,250	9,4	Idem
1912-13	174	10	Au cours de trav., tardive	3,060	9,3	Idem
	223	10,5	Au début de travail	4,120	9,5	Idem.

CONSIDÉRATIONS

Les faits que nous rapportons ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de formuler des conclusions absolues, mais nous les donnons comme matériaux véridiques pour servir à l'édification d'un travail général.

* * *

Du 1^{er} janvier 1906 au 15 juin 1913, trente-deux accouchements prématurés ont été pratiqués à la Clinique ; la mortalité maternelle a été nulle et la morbidité négligeable (M. Pinard, clinique obstétricale 1899, prétend même que les suites de couches sont plus franchement physiologiques dans l'accouchement prématuré provoqué que dans l'accouchement normal). La mortalité infantile a été de 8 enfants, ce qui donne un pourcentage de 25 % ; ce chiffre nous paraît relativement élevé si l'on considère les précautions dont on s'est entouré et les conditions exceptionnelles réalisées à la Clinique. Cependant, si nous les comparons à quelques statistiques publiées, il apparaît comme relativement favorable :

	Cas	Mortalité infantile
	—	—
Maygrier.....	34	64,07 %
Taubert.....	18	22,00 %
Perret.....	111	24,03 %

	Cas	Mortalité infantile
Pinard.....	100	32,00 %
Bar.....	100	25,74 %
Léopold.....	84	30,05 %

En somme, les chiffres de cette statistique sont sensiblement comparables, et le chiffre auquel nous arrivons est légèrement inférieur à la mortalité globale indiquée par M. Bas en 1900 (26 %).

*
* *

En ce qui concerne l'opération césarienne, nous rapportons onze observations de césariennes conservatrices pratiquées avec succès pour la mère et pour l'enfant. Durant la même période, deux autres césariennes ont été pratiquées à la Clinique obstétricale, l'une pour cancer utérin inopérable fut suivie d'une opération de Porro ; l'autre pour fibromes multiples, dont un volumineux prævia, fut complétée par l'hystérectomie totale. L'une et l'autre opération ont été suivies de succès pour la mère et pour l'enfant. Si, étant donné le titre de notre travail, nous n'avons pas fait figurer ces cas parmi nos observations, nous estimons néanmoins qu'ils doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit de juger les résultats de l'opération césarienne. Ces interventions ont été pratiquées dans les mêmes conditions que les césariennes conservatrices, et il convient de les citer à côté de ces dernières.

Dans la période que nous avons envisagée, treize sections césariennes ont donc été pratiquées sans qu'on ait eu à enregistrer de décès ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant.

Le point de vue qui doit nous préoccuper quand nous

considérons l'opération césarienne, est moins l'enfant qui court un minimum de risques que la mère qui est exposée à tous les dangers qu'entraîne une laparotomie.

Nous citerons, à titre purement documentaire, quelques chiffres relatifs aux résultats de l'opération césarienne.

En 1900, M. Bar groupant un certain nombre de statistiques comprenant 174 cas d'opérations césariennes, obtenait une mortalité moyenne de 6,32 % pour les mères et de 5,45 % pour les enfants.

Mais ces chiffres portent sur des statistiques relativement anciennes, et de plus récentes statistiques donnent des résultats beaucoup plus favorables.

Von Franque (Monatschrift 1910, t. 31) apporte 24 cas de césariennes sans décès.

Mx Miles F. Porter (Th. J. of the american Medical Association, 20 mars 1909, n° 12) donne une mortalité de 3,10 %, tant pour les mères que pour les enfants. Enfin Schauta (Monat für Geb. und Gynæk., janvier 1910) dont la statistique porte sur 126 césariennes, accuse une mortalité de 2,3 %.

Notre statistique, sans pouvoir être comparée aux précédentes, pour le nombre des cas considérés, ne peut cependant pas, en présence des chiffres que nous rapportons, être considérée simplement comme une série heureuse.

*
* *

Des faits que nous avons rapportés, nous ne pouvons évidemment, comme nous le disions au début de ce chapitre, déduire des conclusions absolues.

Les seules remarques que nous pouvons formuler, c'est que l'accouchement prématuré provoqué, même réservé

aux seuls cas déterminés dans la première partie de ce chapitre, comporte encore une mortalité infantile assez considérable, un enfant sur quatre.

La section césarienne a vu, d'autre part, sa mortalité maternelle diminuer progressivement. Tout en conservant encore des dangers propres à ses conditions particulières (hémorragie, danger possible d'infection de la tranche utérine et du péritoine par le liquide amniotique), cette opération peut actuellement, jusqu'à un certain point, être comparée aux laparotomies gynécologiques. Dans ces conditions, nous estimons que quand le diamètre utile est inférieur à 8 cm. ou même dans certains cas inférieur à 8 cm. 5, et quand il y a doute sur l'âge de la grossesse, l'accoucheur devra préférer l'opération césarienne dans l'intérêt de l'enfant:

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 19 juin 1913.

Le Recteur.

Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juin 1913

Le Doyen.

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
